

## Erstanamnese / Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientinnen/en, bitte beantworten Sie kurz die nachfolgenden Fragen.  
Vielen Dank.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Tel./Mailadresse: \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Allgemeine Fragen:

1. Derzeitige Tätigkeit? \_\_\_\_\_

2. Allgemeine Erkrankungen?(z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Diabetes etc.)

\_\_\_\_\_

3. Schwere Erkrankungen in der Kindheit / Probleme bei Ihrer Geburt?

\_\_\_\_\_

4. Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? Wieviel? Gab es Komplikationen?

\_\_\_\_\_

5. hatten Sie schwere Unfälle? Folgeschäden?

\_\_\_\_\_

6. Operationen? Welcher Art und wann?

\_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche ?

\_\_\_\_\_

## Jetzige Beschwerden

1. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt?

---

2. Wann haben Sie begonnen? Auslöser?

---

3. Haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit geändert (Intensität/Ort)?

---

4. Wie ist die Qualität des Schmerzes? Kribbeln, Taubheit, brennend, ziehend, bohrend etc.?

---

5. Ändert sich der Schmerz im Laufe des Tages?

---

6. In welcher Körperhaltung ändert sich der Schmerz?

---

7. Haben Sie zusätzliche Beschwerden? (Schwindel, Schlafstörung, Antriebsmangel...?)

---

---

8. Wo auf einer Schmerzskala 0-10 würden Sie Ihren Schmerz bewerten?  
0-sehr gut, 10-sehr schlecht.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

9. Leiden Sie unter seelischen Belastungen? ( z.B. Stress, Konflikte, Trauer...) Pflege/Versorgen Sie ein Familienmitglied?

---

---

10. Vorbehandlungen? ( Therapie, OP, Kur, Reha....)

---

---

11. Gab es medizinische Voruntersuchungen? (Orthopäde, Neurologie, Allgemeinmedizin., Psych.)

---

---

12. Gibt es noch von Ihrer Seite aus Wichtiges?

---

---

---

