

Fragebogen zur Anamnese

Liebe/r Patient/in,

ich freue mich sehr, Sie in meiner Praxis für Naturheilkunde willkommen heißen zu dürfen. Um Ihnen bestmöglich bei Ihren gesundheitlichen Beschwerden weiterhelfen zu können, bin ich auf Ihre Unterstützung angewiesen. Daher möchte ich Sie darum bitten, so ausführlich, offen und ehrlich wie möglich meinen Anamnesefragebogen auszufüllen. Manche Fragen werden Ihnen ungewöhnlich vorkommen, für mich sind diese Informationen jedoch von großer Bedeutung. Sollte Ihnen mal eine Frage unangenehm oder zu persönlich sein, dann lassen Sie diese einfach weg. Alle Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und dienen einer ganzheitlichen, auf den Patienten zugeschnittenen Behandlung. Weitere wichtige Fragen zur Anamnese werden wir in einem persönlichen Gespräch gemeinsam klären.

Name: _____

Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtstag und -ort: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Familienstand / Kinder: _____

**Beruf (bei Rentnern auch
ehemaliger):** _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt; _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe
 Zusatzversicherung für Heilpraktiker: _____

Beschwerden

1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:

2. Haben Sie bereits Hilfe für Ihre Beschwerden in Anspruch genommen? Wenn ja, bei wem?

- Ärzte Physiotherapeuten Osteopathen
 Heilpraktiker Kliniken Sonstige: _____

3. Welche Behandlungen wurden gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

4. Wie war der Erfolg?

- sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

5. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

- eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation(en)
 Hautausschläge ein Unfall Medikament(e) Impfungen Sonstige:

6. Nehmen Sie zurzeit Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel / Vitaminpräparate / pflanzliche oder homöopathische Mittel etc. ein? Wenn ja, was genau? (Bitte Beipackzettel mitbringen)

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:

7. Gab es schon einmal eine Cortison- Einnahme? ja nein

Wenn ja, wann und bei welcher Erkrankung? _____

8. Gab es schon einmal eine Antibiotika-Einnahme? ja nein

Wenn ja, wann und bei welcher Erkrankung? _____

9. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente bekannt? ja nein

Wenn ja, gegen was genau? _____

10. Sind sonstige Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. gegen Blütenpollen, Tierhaare, Milchzucker etc.) bekannt? ja nein

Wenn ja, gegen was genau? _____

11. Haben Sie eine bekannte Unverträglichkeit gegen Lokalanästhetika? ja nein

Wenn ja, gegen was genau (z.B. Procain, Lidocain)? _____

12. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Wenn ja, gegen was genau? _____

13. Haben Sie eines der nachfolgenden Dinge? Wenn ja, bitte ankreuzen!

Transplantate Prothesen Implantate Herzschrittmacher

14. Haben Sie Narben (z.B. von Operationen/Verletzungen)? ja nein

Wenn ja, wo befinden sich diese? _____

15. Sind Sie schon einmal von einer Zecke gebissen worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Gab es Reaktionen auf den Zeckenbiss? ja nein

Wenn ja, wie sah die Reaktion aus?

Fieber Rötung Ausschlag _____

16. Rauchen Sie? ja nein

17. Trinken Sie Alkohol? ja nein

18. Trinken Sie Kaffee? ja nein

19. Liegt eine Schwangerschaft vor o. besteht die Möglichkeit? ja nein

20. Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt? ja nein

21. Liegt Ihnen ein Blutbild vor, dass Sie mir mitbringen können? ja nein

Krankheitsgeschichte

1. Bitte erfassen Sie alle bisherigen Krankenhausaufenthalte, Operationen und Unfälle, die Sie durchgemacht haben, wenn möglich in chronologischer Reihenfolge:

1.	wann?
2.	wann?
3.	wann?
4.	wann?
5.	wann?
6.	wann?
7.	wann?
8.	wann?

2. Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Gürtelrose |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersche
Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

3. Leiden Sie häufig unter Erkältungskrankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____ Wie oft im Jahr? _____

4. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Geschlechtskh. |
| <input type="checkbox"/> M. Crohn/ C. ulcerosa | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Impfungen

1. Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Bitte Impfpass mitbringen)

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Andere: |

2. Gab es Impfreaktionen?

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Grippeähnliche Symptome |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Emotionen

1.

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie berührungsempfindlich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Halten Sie enge Räume aus? (z.B. Fahrstühle) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an Konzentrationsmangel? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie müde und erschöpft? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie betrübt / bedrückt / traurig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie schnell gereizt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-Konflikt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie leicht? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie nachts? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Albträume? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Frieren Sie schnell? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |

2. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich zurzeit?

- sehr belastbar normal belastbar mäßig belastbar nicht belastbar

3. Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- sehr gut gut mäßig schlecht

4. Haben Sie einen Partner bzw. Partnerin?

- ja nein

Wenn ja, wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- sehr gut gut mäßig schlecht

Wenn nein, sind Sie Single und ...

- ... das ist auch gut so Sie hätten gerne einen neuen Partner bzw. Partnerin
- ... sind geschieden oder leben in Scheidung

6. Was sind Ihre Hobbies?

7. Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden und fühlen sich erfolgreich?

- trifft voll zu ich komme zurecht ich bin unzufrieden ich bin sehr unzufrieden und leide unter der Situation

8. Sind Sie glücklich?

- ja meistens öfter nicht nein

Ernährung

1. Wie viele Liter trinken Sie täglich? _____

2. Was trinken Sie überwiegend? _____

3. Welche Nahrungsmittel essen Sie regelmäßig?

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Süßigkeiten | <input type="radio"/> Weißmehlprodukte | <input type="radio"/> Kuchen |
| <input type="radio"/> Eier | <input type="radio"/> Zucker | <input type="radio"/> Nüsse | <input type="radio"/> Zuckerersatzstoffe |

4. Auf welche Lebensmittel können Sie nur ungern verzichten?

5. Wonach haben Sie Verlangen?

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> süß | <input type="radio"/> sauer | <input type="radio"/> pikant | <input type="radio"/> bitter |
| <input type="radio"/> salzig | <input type="radio"/> scharf | <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Eier |
| <input type="radio"/> Obst | <input type="radio"/> Nikotin | <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> Sonstiges: |

6. Wonach haben Sie eine Abneigung?

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> süß | <input type="radio"/> sauer | <input type="radio"/> pikant | <input type="radio"/> bitter |
| <input type="radio"/> salzig | <input type="radio"/> scharf | <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Eier |
| <input type="radio"/> Obst | <input type="radio"/> Nikotin | <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> Sonstiges: |

7. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ja nein

Wenn ja, nach welchen? _____

8. Wurden Sie gestillt (falls bekannt)? ja nein

9. War Ihre Geburt eine natürliche (falls bekannt)? ja nein

Schlaf

1. Was trifft auf Ihren Schlaf zu?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> guter Schlaf | <input type="radio"/> Einschlafschwierigkeiten | <input type="radio"/> Schlafapnoe |
| <input type="radio"/> Schlaflosigkeit | <input type="radio"/> lebhafte Träume | <input type="radio"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="radio"/> Zähneknirschen | <input type="radio"/> Zähnebeißen / -pressen | <input type="radio"/> heiße Füße |
| <input type="radio"/> Nachtschweiß | <input type="radio"/> Unruhige Beine | <input type="radio"/> kalte Füße |
| <input type="radio"/> häufiges Aufwachen (um wieviel Uhr: _____) | <input type="radio"/> nächtliches Wasserlassen (wie oft: _____) | |

2. Welche ist Ihre Schlaflage?

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bauch | <input type="radio"/> Rücken | <input type="radio"/> linke Seite | <input type="radio"/> rechte Seite |
| <input type="radio"/> sitzend | <input type="radio"/> kniend | <input type="radio"/> zusammengerollt | |

3. Wann ist Ihre gewöhnliche Schlafenszeit?

Übliches zu Bett gehen: _____ Übliches Aufstehen: _____

Kopf

1. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig
 ab und zu
 ganz selten
 nie

Wenn ja, wann und wo?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> morgens | <input type="radio"/> abends | <input type="radio"/> über den Tag |
| <input type="radio"/> Stirn-Augen-Schläfenregion | <input type="radio"/> Hinterhauptsregion | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> halbseitig rechts | <input type="radio"/> halbseitig links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="radio"/> wandernd von links nach rechts | <input type="radio"/> wandernd von rechts nach links | |

2. Was sind die Auslöser Ihrer Kopfschmerzen?

3. Was verbessert Ihre Kopfschmerzen?

4. Was verschlechtert Ihre Kopfschmerzen?

5. Gibt es Probleme mit den Haaren? ja nein

Wenn ja, welche?

- Haarausfall
 kreisrunder
 vereinzelter
 Schuppen
- seit wann? _____

6. Gibt es Probleme mit den Augen? ja nein

Wenn ja, welche?

- Bindehautentzündung
 Kurzsichtigkeit
 Weitsichtigkeit
 sonstige Beschwerden
- Brille seit: _____ wofür: _____

7. Gibt es Probleme mit den Ohren? ja nein

Wenn ja, welche?

- Schmerzen links
 Schmerzen rechts
 halbseitig
 schwerhörig (seit wann: _____)
- Ohrengeräusche
 Ohrendruck
 Mittelohrentzündung

Brust – Bauch – Rücken

Brustdrüse	<input type="radio"/> Beschwerden	<input type="radio"/> Operation	<input type="radio"/> Entzündung
Herz	<input type="radio"/> Beschwerden	<input type="radio"/> Stechen	<input type="radio"/> Druckgefühl
	<input type="radio"/> Infarkt	<input type="radio"/> Beklemmung	<input type="radio"/> Rhythmusstörungen
Lunge	<input type="radio"/> Bronchitis	<input type="radio"/> häufig Husten	<input type="radio"/> Atemnot
Leber	<input type="radio"/> Entzündungen	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> _____
Galle	<input type="radio"/> Steine	<input type="radio"/> Koliken	<input type="radio"/> Operation
	<input type="radio"/> Oberbauch-Druck	<input type="radio"/> Fett unverträglich	<input type="radio"/> _____
Magen	<input type="radio"/> Völlegefühl	<input type="radio"/> Gastritis	<input type="radio"/> Übelkeit
	<input type="radio"/> Appetitlosigkeit	<input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit	<input type="radio"/> _____
Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> Entzündungen	<input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ __	<input type="radio"/> _____
Rücken	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Hexenschuss	<input type="radio"/> Bandscheibenvorfall
	<input type="radio"/> Ischias	<input type="radio"/> Skoliose	<input type="radio"/> _____
Darm	<input type="radio"/> Infektionen	<input type="radio"/> Blähungen, Geruch nach: _____	<input type="radio"/> Entzündungen
	<input type="radio"/> Blinddarm-OP	<input type="radio"/> Hämorrhoiden	<input type="radio"/> _____
Stuhlgang	<input type="radio"/> täglich ____ mal	<input type="radio"/> wöchentlich ____ mal	<input type="radio"/> unregelmäßig
	<input type="radio"/> Durchfall-Neigung	<input type="radio"/> oft Verstopfung	<input type="radio"/> Blut
	<input type="radio"/> Geruch nach: _____		
Stuhl-Konsistenz	<input type="radio"/> hell	<input type="radio"/> dunkel	<input type="radio"/> übel riechend
	<input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> knollig	<input type="radio"/> weich
	<input type="radio"/> schmierig	<input type="radio"/> pastenartig	<input type="radio"/> kann nicht halten

Arme – Beine – Rücken – Haut

Arme	<input type="radio"/> Verletzungen	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Kribbeln
	<input type="radio"/> kalte Hände	<input type="radio"/> Arthrose	<input type="radio"/> Arthritis
	<input type="radio"/> Karpaltunnels.	<input type="radio"/> Tennisellenbogen	<input type="radio"/> _____
Beine	<input type="radio"/> Verletzungen	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Kribbeln
	<input type="radio"/> Krampfadern	<input type="radio"/> Taubheitsgefühl	<input type="radio"/> Operationen
	<input type="radio"/> kalte Füße	<input type="radio"/> feuchte Füße	<input type="radio"/> Fußpilz
Rücken	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Verletzungen	<input type="radio"/> Operationen
	<input type="radio"/> Verspannungen	<input type="radio"/> Rheuma	<input type="radio"/> Osteoporose
	<input type="radio"/> Unbeweglichkeit	<input type="radio"/> Belastungen	<input type="radio"/> _____
Haut	<input type="radio"/> Hautjucken	<input type="radio"/> Allergien	<input type="radio"/> Pilze
	<input type="radio"/> Verbrennungen	<input type="radio"/> Narben	<input type="radio"/> Warzen
	<input type="radio"/> Geschwüre	<input type="radio"/> _____	
Nägel	<input type="radio"/> Tüpfelungen	<input type="radio"/> Eindellungen	<input type="radio"/> Quer-/Längsrillen
	<input type="radio"/> eingewachsene Nägel	<input type="radio"/> brüchige Nägel	<input type="radio"/> eingerissene Nagelhaut
	<input type="radio"/> Nagelpilz	<input type="radio"/> _____	

Regelmäßig genutzte Cremes/ Kosmetika: _____

Gynäkologischer / Urologischer Bereich Frauen

Niere/Blase Harn	<input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> viel <input type="radio"/> kann nicht halten	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> Geruch: _____	<input type="radio"/> Nierenzysten <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> Färbung: _____
Gynäkologischer Bereich	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Geburten/ Zahl: _____ <input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Endometriose	<input type="radio"/> Eierstockentzündung <input type="radio"/> Fehlgeburten/ Zahl: _____ <input type="radio"/> Zysten <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten, welche: _____	<input type="radio"/> Ausschabungen <input type="radio"/> Abtreibungen <input type="radio"/> Tumore <input type="radio"/> _____
Ausfluss	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> gelblich <input type="radio"/> wundmachend	<input type="radio"/> stark <input type="radio"/> rosa/blutig <input type="radio"/> übelriechend	<input type="radio"/> weiß <input type="radio"/> färbt die Wäsche <input type="radio"/> _____
Menstruation	<input type="radio"/> 1. Menstruation: _____	<input type="radio"/> regelmäßig (wie lang: _____)	<input type="radio"/> unregelmäßig
Blutungen sind	<input type="radio"/> hell <input type="radio"/> braun <input type="radio"/> sehr schmerzhaft	<input type="radio"/> dunkel <input type="radio"/> sehr lang <input type="radio"/> sehr schwach/kurz	<input type="radio"/> klumpig <input type="radio"/> sehr stark <input type="radio"/> letzte Periode: _____
Wechseljahre Sexualität	<input type="radio"/> begonnen <input type="radio"/> vermindert <input type="radio"/> Beschwerden beim GV	<input type="radio"/> mittendrin <input type="radio"/> verstärkt	<input type="radio"/> vorbei <input type="radio"/> unbefriedigt
Verhütung	<input type="radio"/> Kondom <input type="radio"/> 3-Monats-Spritze	<input type="radio"/> Pille <input type="radio"/> Nuva-Ring	<input type="radio"/> Spirale <input type="radio"/> _____
1. Leiden Sie vor der Periode unter Brustspannung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
2. Leiden Sie vor der Periode unter Hungerattacken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
3. Leiden Sie vor der Periode unter Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
4. Leiden Sie vor der Periode unter Durchfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
5. Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
6. Bestehen Menstruationsstörungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, in welcher Art und Weise? _____			
7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> vielleicht	<input type="radio"/> nein

Urologischer Bereich Männer

**Niere/Blase
Harn**

- Nierensteine
 viel
 kann nicht halten

- Entzündungen
 wenig
 Geruch: _____

- Nierenzysten
 häufig
 Färbung: _____

**Prostata/
Urologie**

- vergrößert
 Geschlechts-
krankheiten

- Beschwerden beim
Wasserlassen
 Operationen

- Entzündungen

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht vollständig entleert ist? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 2. Müssen Sie innerhalb von 2 Stunden oft ein zweites Mal Wasser lassen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 3. Müssen Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 4. Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 5. Haben Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 6. Müssen Sie sich anstrengen und pressen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| 7. Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung der Prostata? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |

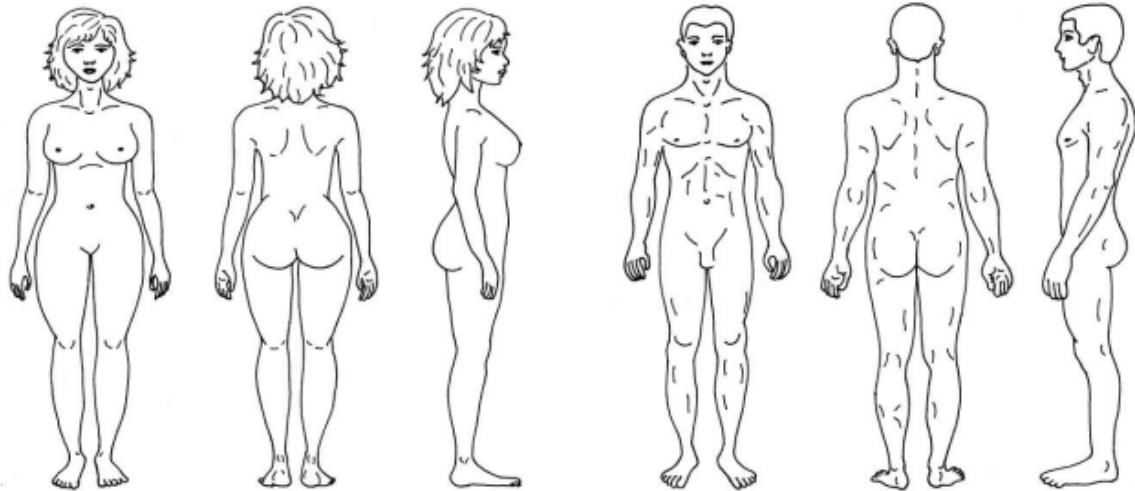
Falls ja, die letzte Untersuchung war am: _____

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 8. Mein PSA-Wert war schon einmal erhöht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|---|--------------------------|----------------------------|

Schmerzfragen

1. Wo treten die Schmerzen auf? Bitte anzeichnen!

Kreuz (X) = punktförmiger Schmerz / Linie (--) = unklare Lokalisation / Pfeil (→) = ausstrahlender Schmerz



2. Auf einer Schmerzskala von 1 – 10, wobei 1 ein sehr schwacher Schmerz ist und 10 der stärkste Schmerz, wo liegt Ihr Schmerzempfinden? _____

3. Seit wann besteht der Schmerz? _____

4. Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

5. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- immer mehrmals täglich alle paar Tage wöchentlich
 seltener _____

6. Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend brennend stechend klopfend
 drückend krabbelnd reißend kolikartig
 krampfend dumpf beengend bohrend

7. Welche Ereignisse verschlimmern?

- körperl. Belastung längeres Stehen sitzen gehen
 Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel
 Husten Niesen Tageszeit Wetterlage
 Periode

8. Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe Schlaf Bewegung Sport
 Kälte Wärme Schmerzmittel Urlaub

9. Andere Symptome zum Schmerz

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hautrötung | <input type="radio"/> Blässe | <input type="radio"/> Schwellung | <input type="radio"/> Schweißbildung |
| <input type="radio"/> Seh-/Hörstörung | <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Muskelschwäche | <input type="radio"/> Gangunsicherheit |
| <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Bewegungseinschränkung | <input type="radio"/> Berührungsempfindlichkeit | |

10. Wie erfolgte die bisherige Schmerzbehandlung? _____

11. Wie erfolgreich war die bisherige Schmerzbehandlung? _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mühe! 😊

Falls Sie weitere Anmerkungen, Informationen oder Wünsche haben, für die Sie im Fragebogen keinen Platz gefunden haben, können Sie dafür gerne folgende Zeilen nutzen:

Ich freue mich auf Sie, und dass ich Sie ein Stück auf Ihrem Weg zu Ihrem Wohlbefinden und zu Ihrer Gesundheit begleiten darf.

Ihr

