



Anamnesebogen Praxis für Ganzheitliche Neurologie Dr. Bettina Müller und Sandra Wahl

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen mir frühzeitig zukommen zu lassen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geb-Datum:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 E-Mail: Tel. Festnetz: Mobil:
 Krankenkasse: Größe: Gewicht:
 Hausarzt: Familienstand: Beruf:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: auf Empfehlung von:
 Internet über: Ärztebewertungsportale Praxishomepage Sonstiges

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/ Allergie / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression / Psychiatrische Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz / Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere wichtige Erkrankungen:

Mutter verstorben? nein ja Wann? Alter? Woran?
 Vater verstorben? nein ja Wann? Alter? Woran?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit:	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit:	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit:
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Hörsturz / Tinnitus	seit:
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Depression / Nervenleiden	seit:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit:	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit:
<input type="checkbox"/> Asthma	seit:	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit:
<input type="checkbox"/> COPD / Emphysem	seit:	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit:
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit:	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	Wenn ja: welche?

Infektanfälligkeit

Grippe / Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr
 Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: In den letzten 10 Jahren insgesamt mal

Gab o. gibt es andere Erkrankungen/Verletzungen/Operationen bei Ihnen und (seit) wann / welche?

Gab es bei Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blasenstörung/Inkontinenz	<input type="checkbox"/>				
Obstipation/Durchfall	<input type="checkbox"/>				
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen /-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme /-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme /-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Übermäßige Erschöpfung / Fatigue	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie eine Covid-Infektion gehabt? Ja Nein

Wenn ja: Wann & Symptome:

Sind Sie gegen Covid geimpft? Ja Nein

Nur bei V.a. Long/Post Covid oder Fatigue Syndrom oder V.a. Impfkomplication nötig:

1. Impfung: Datum/Impfstoff: 2. Impfung: Datum/Impfstoff:

3. Impfung: Datum/Impfstoff: 4. Impfung: Datum/Impfstoff:

Rauchgewohnheiten: Ich rauche etwa Zigaretten pro Tag seit Jahren
 früher rauchte ich Zigaretten pro Tag Ich bin Nichtraucher immer schon

Veränderung Ihres Körpergewichts: Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

zur Zeit krankgeschrieben Wenn ja, seit wann?

Bitte notieren Sie noch alle (!) Ihre Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inkl. Dosis.

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	bei Bedarf
.....
.....
.....
.....
.....