

Dr. med.
Florian Brückner

Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie · Naturheilverfahren · Sportmedizin
Notfallmedizin · Tauchmedizin

Bahnstrasse 6
89278 Nersingen
Tel.: 07308/921 488
Fax: 07308/918 282
praxis@praxis-drbrueckner.de
www.praxis-drbrueckner.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie uns mit diesem Aufnahmebogen vorab die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten genau besprechen.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Ort _____

Telefon _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Wie sind Sie auf meine Praxis gekommen?

Krankengeschichte vom (Datum)

1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?

Hauptbeschwerde (seit wann?)

.....
.....
.....
.....

Weitere Beschwerden:

.....
.....
.....

Welche **Fachärzte** oder auch **Heilpraktiker** haben Sie bereits aufgesucht? (Bitte bringen Sie Befunde und Röntgenaufnahmen mit, soweit vorhanden)

.....
.....

Untersuchungen: wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht, welche Werte waren verändert?

EEG/EKG Röntgen Kernspin/CT

Labor Sonstige

Auffällige Werte

.....
.....

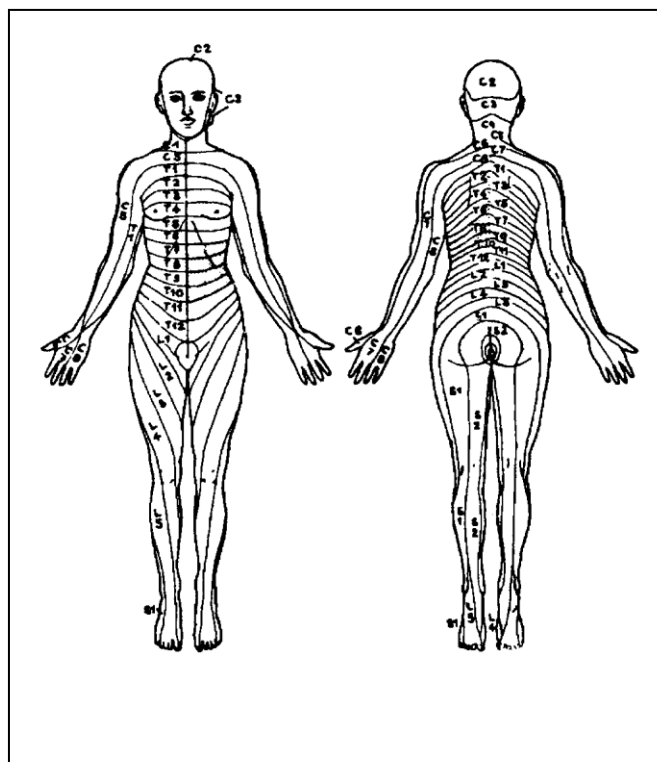
Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt und mit welchem Erfolg?

.....

2. **Schmerzanamnese** Bitte zeichnen Sie den Schmerzverlauf oder –lokalisierung in die Skizze ein:
 Wie ist der Schmerzcharakter? (z.B. stechend, dumpf, etc.)

Sind die Schmerzen veränderlich? Wenn ja wie

	Besser	Schlechter	Kein Effekt
Bewegung
Sitzen
Stehen
Liegen
Nachts
Morgens
Abends
Vor dem Essen
Nach dem Essen



Wenn Sie Ihre **Beschwerden und Schmerzen** in eine **Skala von –10 bis +10** einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa?
Im schlimmsten Fall

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
 -10.....0.....+10

Im besten Fall

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
 -10.....0.....+10

3. **Kinderkrankheiten** (Datum)

.....

Impfungen
 (Datum).....

4. **Frühere Operationen** (bitte mit Datum angeben)

Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper(z.B Metall, Kunststoff) zurück geblieben? Wenn ja, wo?

.....

5. **Bisherige Erkrankungen**, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

a) **Kopfbereich:**

Augen Ohren Kieferhöhlen Kiefergelenke.....

Mandeln "Polypen"

Zähne

(Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, nebenstehende Abbildung folgende Angaben ein (blicken Sie in den Spiegel):

Zahnfüllungsmaterial (z.B. Amalgam (**A**))

Kunststoff (**P**) Gold (**G**), Keramik (**K**)

Tote Zähne, wurzelbehandelte Zähne (**W**)

Fehlende Zähne (**F**)

Amalgam entfernt? wann?

Ausschwemmbehandlung? womit?

Letzter Zahnarztbesuch

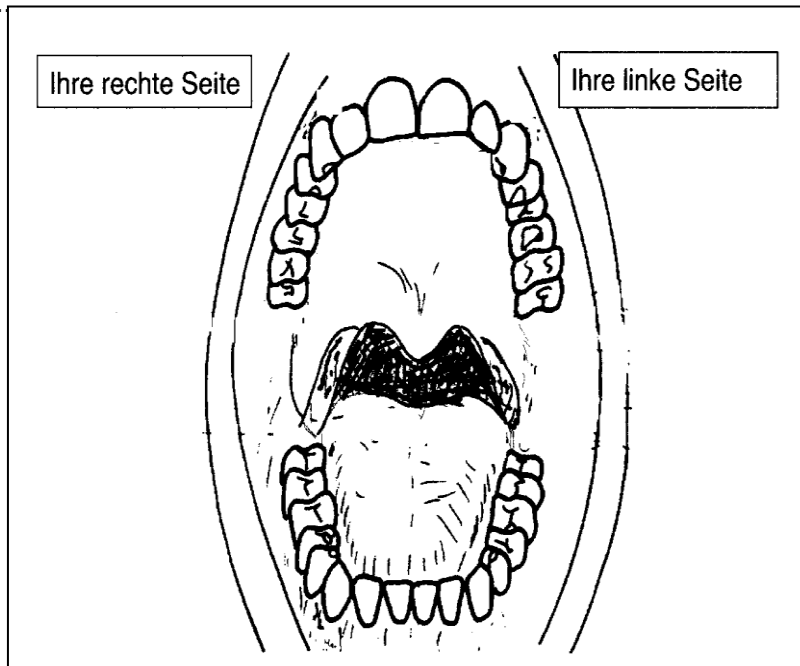
Knirschen sie nachts mit den Zähnen?

Leiden Sie unter Zahn- oder Kieferschmerzen?

Wenn ja, welche Zähne und welche Seite?

.....

.....



b) **Brustbereich**

Herz Lunge

c) **Verdauungsorgane:**

Leber Galle Bauchspeicheldrüse

Mundgeruch Zungenbelag Sodbrennen

Speiseröhre Magen Darm

Verdauung Stuhlfrequenz Konsistenz

d) **Niere / Harnwege / Blase**

.....

e) **Unterleibserkrankungen:**

Frauen:

Zykluslänge..... Menstruationsdauer Beschwerden.....

Menopause, seit wann?..... Geburten Fehlgeburten

Eierstöcke Letzte Krebsvorsorge..... Geschlechtskrankheiten

Männer:

Prostata Hoden

Letzte Krebsvorsorge Geschlechtskrankheiten

f) **Bewegungsapparat:** Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen

.....
.....
.....

g) **Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen**

.....

h) **Stoffwechselerkrankungen:**

Diabetes Fettstoffwechselstörungen.....
Schilddrüse Gicht

i) **Hauterkrankungen**

.....

j) **Allergien/ Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln (z. B. Milch, Weizen)**

.....
.....

k) **Schlaf** (einschlafen, durchschlafen, Schlaftiefe, Bettgezeit, Aufstehzeit, gefühlte Erholung)

.....

l) **Schweißneigung** **Nachtschweiß**

m) **Ernährung**, Wie oft pro Woche bzw. Tag essen Sie

Obst Gemüse Getreide Fleisch
Knabbergebäck Süßigkeiten
Trinkmenge/Tag

n) **Genussmittel**, wie oft / wie viel

Kaffee Schwarz-/Grüntee
Alkohol Zigaretten

o) **Derzeitige Medikamente**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

**Wenn Sie weitere Anmerkungen machen möchten oder Ihnen noch etwas einfällt nutzen Sie bitte die Rückseite.
Vielen Dank für Ihre Angaben**