

Patientenanamnese

Name:

Alter:

Geschlecht:

Geburstagdatum :

Aktuelle Anamnese

aktuelle Beschwerden (z.B. Schmerzen mit Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Ausstrahlung, Begleitsymptome, Intensität, Dauer, lindernde oder verschlimmernde Faktoren)

Schmerzskala 0-10max

Bitte unten einzeichnen im welchem Körperbereich

bohrend, stechend, brennend, zerrend oder ziehend



Darmvorsorge :

Ja im welchem Jahr

Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:
+ Reaktion

Medikamente + Nahrungsergänzungsmittel

Wirkstoff

Dosis

x-x-x

Darreichung seit

Kopfschmerztyp

Seit wann leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Wie oft haben Sie Kopfschmerzen ?
Attackendauer Häufigkeit

Wo sitzt der Schmerz und welche Qualität hat er (z.B. pochend, stechend, dumpf- drückend)
Lokalisation

Intensität (0 –10 max) Charakter

Leiden Sie unter Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen

Augenanamnese:

Leiden Sie unter Glaukom (Grüner Star) / oder in der Familie? Cataract (Grauer Star)

Ja

Nein

Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger?

Brille

Kontaktlinsen

Andere Augenerkrankungen

Zahnanamnese

Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?

Ja

Nein

Tragen Sie eine Prothese ?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Kieferknacken

Ja

Nein

Hatten Sie eine Zahnregulierung ?

Ja wann

Nein

Familienanamnese

Erkrankungen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern etc.; ggf. Todesursachen

Gynäkologische Anamnese

Menstruation:

Beginn / Dauer / Stärke letzter Monatsblutung, Beschwerden, Zwischenblutungen

Praxis für Therapie und Prävention Annabella Guerriero

Sportanamnese:

Welche Sportarten betreiben Sie zur Zeit und im welchem Umfang?

Sportart:

Seit wann (Jahr)?

Wie oft pro Woche?

Wieviele Stunden pro Woche?

Danke für Ihre Mühe und Geduld