



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxisdresden.de, www.heilpraxisdresden.de

## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

Der Schutz Ihrer Privatsphäre bei der Verarbeitung persönlicher Daten ist für uns selbstverständlich. Ihre persönlichen Daten, die auf diesem Fragebogen erhoben werden, werden gemäß der gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

### ALLGEMEINE DATEN

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Name:                   | Geburtsdatum:     |
| Vorname:                | Telefon privat:   |
| Strasse:                | Telefon dienstl.: |
| PLZ / Wohnort:          | Fax:              |
| Hausarzt:               | Mobil:            |
| Zahnarzt:               | E-Mail:           |
| Beruf:                  | Homepage:         |
| Schüler (Klassenstufe): | Familienstand:    |
| Tätigkeit:              | Kinder (Alter):   |

Wie haben Sie uns gefunden?  Internet  Anzeigen  Prospekt  Vortrag  Sonstiges

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_  
 (Wir bedanken uns bei unseren Empfehlungsgebern.)

### VERSICHERUNG

Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)  Privatversicherung : \_\_\_\_\_

Priv. Zusatzversicherung für Heilpraktiker  Beihilfe

Bei Kindern: Name und Geburtsdatum d. Rechnungsempfängers:

### FRAGEN AN DEN PATIENTEN

Zutreffendes ankreuzen ggf. ergänzen. Mehrfachnennungen sind möglich. Falls der Platz nicht ausreicht, ein Blatt anhängen oder die Rückseite nutzen und das Thema angeben: z. B. Beschwerden.) Bitte beantworten Sie diese Fragen ohne Scheu, ausführlich und wahrheitsgemäß, denn Ihre Antworten sind eine wichtige Grundlage der späteren Behandlung:

#### 1. Was erwarten Sie von einer heilpraktischen Behandlung in unserer Praxis?

\_\_\_\_\_  
 (ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

#### 2. Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

Beschwerden bitte einstufen (1 = gering, 10 = extrem stark) + Jahr des 1. Auftretens angeben (z. B. Kopfschmerzen „7“ seit 2002).

|       |  |
|-------|--|
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |
| _____ | O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 |

(Ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen. Vorhandene Diagnosen, wenn möglich, beilegen.)



## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

### ALLGEMEINE DATEN

#### 3. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein oder haben Sie kürzlich eingenommen?

(Bitte auch Vitamine, Mineralien, Antibaby-Pille, Bach-Blüten, homöopathische Mittel, Schüssler-Salze, etc.

Menge der Einnahme angeben + **Medikamenten-Beipackzettel** beilegen)

keine

Medikament:

warum:

wie häufig:

seit wann:

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?**  nein

ja, welche:

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

#### 4. Was geschah kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z. B.:  Erkrankung  Kummer  Trennung,  Trauer,  Operationen,  Medikamente

weitere Gründe:

#### 5. Wie wurden Sie auf die Welt gebracht?

natürliche Geburt:  Kaiserschnitt  eingeleitete Geburt  sonstige Geburtshilfen: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

#### 6. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Bitte eintragen: Großeltern, Eltern, Geschwister, Tanten usw. (ms = mütterlicherseits / vs = väterlicherseits)

Osteoporose (Wer): \_\_\_\_\_

Rheumatismus (Wer): \_\_\_\_\_

Depressionen (Wer): \_\_\_\_\_

Nierensteine (Wer): \_\_\_\_\_

Epilepsie (Wer): \_\_\_\_\_

Gallensteine (Wer): \_\_\_\_\_

Herzkrankheiten (Wer): \_\_\_\_\_

Gicht (Wer): \_\_\_\_\_

Gefäßkrankheiten (Wer): \_\_\_\_\_

Allergien (Wer):: \_\_\_\_\_

Schlaganfall (Wer): \_\_\_\_\_

Schuppenflechte (Wer): \_\_\_\_\_

Asthma (Wer): \_\_\_\_\_

Neurodermitis (Wer): \_\_\_\_\_

Diabetes (Wer): \_\_\_\_\_

Schilddrüsenstörungen (Wer): \_\_\_\_\_

Krebs (Wer): \_\_\_\_\_

Weitere (Wer):: \_\_\_\_\_

#### 7. Welche Impfungen haben Sie in den letzten 10 Jahren bekommen? Welche Reaktionen gab es?

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen bzw. **Impfausweis** vorlegen)

#### 8. Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika oder Kortison behandelt? nein

ja: Erkrankung:

Wann:

Therapie:

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

#### 9. Haben Sie Allergien: nein ja, folgende: \_\_\_\_\_

Pollenreaktion?  nein  ja, im:  Jan  Feb  Mär  Apr  Mai  Jun  Jul  Aug  Sep  Okt  Nov  Dez



## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

### BEREICH: KOPF, HALS

**Kopfschmerzen:**  nein  ja:  halbseitig  links  rechts  doppelseitig  Stirn  Augen  Schläfen  Hinterhauptregion,  zyklusabhängig  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal  
 seit: \_\_\_\_\_

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was hilft: \_\_\_\_\_

**Schwindel:**  nein  ja:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal

**Haare:**  Haarausfall  kreisrunder Haarausfall  Schuppen  fettig  sonstige:  
 Probleme seit wann: \_\_\_\_\_

#### Augen:

nachlassende Sehkraft:  rechtes Auge, seit: \_\_\_\_\_  linkes Auge, seit: \_\_\_\_\_

Brille  seit: \_\_\_\_\_

kurz/weitsichtig:  rechtes Auge  linkes Auge  OP:  rechts, Jahr: \_\_\_\_\_  links, Jahr: \_\_\_\_\_

Grauer Star:  rechtes Auge  linkes Auge  OP:  rechts, Jahr: \_\_\_\_\_  links, Jahr: \_\_\_\_\_

Grüner Star:  rechtes Auge  linkes Auge  OP:  rechts, Jahr: \_\_\_\_\_  links, Jahr: \_\_\_\_\_

Makula-Degeneration:  rechtes Auge  linkes Auge  OP:  rechts, Jahr: \_\_\_\_\_  links, Jahr: \_\_\_\_\_

**Ohren:**  Mittelohrentzündungen  Schwerhörigkeit  Geräusche/Tinnitus  abnehmendes Hörvermögen

**Nase:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal:

verstopfte Nase:  rechts  links, Absonderung der Nase  wässrig  schleimig  eitrig  grünlich

Heuschnupfen, bekannte Allergien auf: \_\_\_\_\_

Nasennebenhöhlenentzündungen

Polypen:  OP, Jahr: \_\_\_\_\_  weitere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Mandeln:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal:

Operationen  Mandelentzündungen ( als Kind  heute)  Halsschmerzen  Mundgeruch

weitere Beschwerden: \_\_\_\_\_

#### Schilddrüse:

Überfunktion  Unterfunktion  M. Basedow  Hashimoto  Vergrößerung  Knoten

OP, Jahr: \_\_\_\_\_

#### Zähne/Kiefer:

Amalgamfüllungen Entfernung:  nein  ja, Jahr: \_\_\_\_\_

Ausleitung:  nein  ja, Jahr: \_\_\_\_\_ Wie: \_\_\_\_\_

Zahnfleischbluten  selten  häufig  immer

Weisheitszähne gezogen  Oberkiefer re  Oberkiefer li  Unterkiefer re  Unterkiefer li

Wurzelbehandlungen  Oberkiefer re  Oberkiefer li  Unterkiefer re  Unterkiefer li

Anzahl: \_\_\_\_\_

Goldfüllung  Kunststofffüllungen  Keramikfüllungen  Implantate  Prothese

Kiefergelenk: Schmerzen:  li.  re  Geräusche (z. B. Knacken):  li.  re



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxisdresden.de, www.heilpraxisdresden.de

Aufbiss-Schiene:  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

### BEREICH: RUMPF, ORGANE

**Brust:**  Knoten  Zysten  Krebs  Weitere: \_\_\_\_\_  Letzte Mammographie am: \_\_\_\_\_

**Herz:**  Stechen  Druckgefühl  Beklemmung  Rhythmusstörungen  Schmerz  Herzrasen

Bypass  Stent  Verkalkung  Infarkt(e): \_\_\_\_\_  Herzfehler: \_\_\_\_\_

**Blutdruck:** ist im Allgemeinen eher:  zu hoch  zu niedrig  normal

Wert der letzten Messung: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  Selbstmessung  Hausarzt  \_\_\_\_\_

**Puls:** Wert der letzten Messung: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  Selbstmessung  Hausarzt  \_\_\_\_\_

**Lunge:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal  selten

Bronchitis  Husten  Asthma  Auswurf (Farbe): \_\_\_\_\_  Weitere: \_\_\_\_\_

**Leber:**  Entzündung  Hepatitis (A B C),  Fettleber  Unverträglichkeiten (Alkohol)  Weitere: \_\_\_\_\_

**Galle:**  Steine  Koliken  Druck im Oberbauch  Fettunverträglichkeit,  OP, Jahr: \_\_\_\_\_

**Magen:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal  selten

Völlegefühl  Gastritis  Appetitlosigkeit  Sodbrennen  Helicobacterinfektion  Magengeschwür

OP, Jahr: \_\_\_\_\_  Weitere: \_\_\_\_\_

**Darm:**  Pilze  Hämorrhoiden  Blähungen  Juckreiz am Darmausgang  Weitere: \_\_\_\_\_

**Stuhlgang:**  täglich  alle 2 Tage  alle 3 Tage  alle 4 Tage  unregelmäßig

normal  Verstopfungsneigung  Durchfallneigung  Gefühl nicht fertig zu werden  wechselhaft

Beschaffenheit und Farbe:  hell  dunkel  hart  knollig  weich  schmierig  pastenartig  wässrig

Geruch des Stuhls:  meist normal  häufig übelriechend:  faulig  schweflig  gärig  verwest

**Nieren:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal  selten

Nierensteine  Gries  Entzündungen

Stechen im Rücken:  re.  li Zysten:  re.  li  Weiteres: \_\_\_\_\_

**Blase:** Beschwerden:  wöchentlich: \_\_-mal,  monatlich: \_\_-mal  vierteljährlich: \_\_-mal  selten

Reizungen  Entzündungen  chronische Entzündung  Blasensteine  Weiteres: \_\_\_\_\_

**Harn:**  viel  wenig  selten  häufig  schaumig  Probleme beim Halten

Geruch/Farbe (Morgenurin):  hell  dunkel  klar  trüb  übelriechend  rötlich  grünlich

### BEREICH: ARME, BEINE, RÜCKEN, HAUT

**Arme:** Verletzungen:  re.  li Schmerzen:  re.  li Tennis-Ellenbogen:  re.  li Kribbeln:  re.  li

kalte Hände:  re.  li Schulterschmerzen:  re.  li

Weiteres: \_\_\_\_\_

**Beine:** Verletzungen:  re.  li Besenreiser:  re.  li Krampfadern:  re.  li Knieschmerzen:  re.  li

Krampfader-OP, Jahr: \_\_\_\_\_  re.  li kalte Füße:  re.  li Kribbeln:  re.  li Taubheitsgefühl:  re.  li

offene Wunden:  re.  li Schmerzen durch Bewegung:  re.  li morgendlicher Anlaufschmerz (Rücken,

Beine)  re.  li, Weiteres: \_\_\_\_\_

#### Rücken:

Verspannungen  Rheuma  Hexenschuss  Ischias  Skoliose

Schmerzen:  Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  LWS  andere Probleme: \_\_\_\_\_

**Haut/Nägel:**  Pickel  Hautjucken  Warzen  Pilze  Nagelbettentzündung  Ekzeme



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxisdresden.de, www.heilpraxisdresden.de

O brüchige Nägel  O Hautallergien auf (Creme, Nickel etc.): \_\_\_\_\_  
 O Narben (Körperstelle bezeichnen): \_\_\_\_\_

## **FRAGEBOGEN – ANAMNESE**

### **BEREICH: GYNÄKOLOGIE, UROLOGIE**

**Gynäkologie:** Beschwerden:  O wöchentlich: \_\_\_-mal,  O monatlich: \_\_\_-mal  O vierteljährlich: \_\_\_-mal  O selten  
Ausfluss:  O keinen  O wenig  O stark  O gelb  O wund machend  O Schmerzen

O Eierstockentzündungen  O Zysten  O Myome  O Tumore, Jahr: \_\_\_\_  O Geschlechtskrankheiten, Jahr: \_\_\_\_

O Fehlgeburten, Jahr: \_  O Abtreibungen, Jahr: \_\_\_\_\_

O Geburten, Jahr: \_\_\_\_\_

Menses: erste Menses, Jahr: \_\_\_\_\_ letzte Menses, Jahr: \_\_\_\_\_

Blutungen:  O hell  O dunkel  O klumpig  O braun  O stark  O schwach  O lange: \_\_\_ Tage  O kurz: \_\_\_Tage

Abstand der Regelblutungen \_\_\_\_\_Tage, Zwischenblutungen:  O häufig  O selten  O manchmal  O nie

Regelbeschwerden:  O vorher  O nachher  O während, Art der Beschwerden: \_\_\_\_\_-

Verhütungsmittel:  O ja  O nein, welche: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Klimakterische Beschwerden:  O ja  O nein, Art der Beschwerden: \_\_\_\_\_

letzter Termin beim Gynäkologen: \_\_\_\_\_ Befunde: \_\_\_\_\_

**Prostata:**  O vergrößert  O Entzündungen  O Beschwerden beim Wasserlassen  O Strahl schwach

O OP, Jahr: \_\_\_\_\_ Letzter PSA-Wert: \_\_\_\_\_  O Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Sexualität:**  O vermindert  O verstärkt  O unbefriedigt  O seelisch belastend

O Beschwerden beim Geschlechtsverkehr  O keinen Geschlechtsverkehr  O Sonstiges

### **ALLGEMEINBEFINDEN**

**Schlaf:**  O Schlaflosigkeit  O Einschlafstörungen  O Durchschlafstörungen,  O zu frühes Erwachen

O Sprechen im Schlaf  O Unruhe in den Beinen,  O Nachtschweiß  O Nachtschweiß  O heiße Füße

O Zähneknirschen  O müde trotz ausreichend Schlaf  O Kernschlafzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_Uhr

**Träume:**  O keine Erinnerung  O oft den gleichen Traum  O insgesamt häufig  O in Farbe  O schwarz-weiß

O Albträume  O Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sportarten:**  O Leistungssport  O Freizeitsport  O kein Sport

O Joggen  O Schwimmen  O Gerätetraining  O Ballsport  O Fitnesskurs  O Nordic Walking  O Tanzen  O Yoga

Sonstige: \_\_\_\_\_  O täglich  O mehrmals wöchentlich  O 1 x wöchentlich  O seltener

**Sportliche Freizeitaktivitäten:**  O Wandern  O Gartenarbeit  O Kegeln  O Weitere: \_\_\_\_\_

**Beurteilen Sie bitte Ihren Fitnesszustand:** (1 = total fit, 10 = gar nicht fit)

O 1  O 2  O 3  O 4  O 5  O 6  O 7  O 8  O 9  O 10

**Ernährung:** bevorzugt:  O süß  O sauer  O salzig  O deftig  O Fleisch/Wurst  O Eiern  O Obst/Gemüse

Verlangen nach:  O Nikotin  O Alkohol  O Süßwaren (Schokolade)

Abneigung gegen:  O süß  O sauer  O pikant  O salzig  O Fleisch  O Alkohol  O Nikotin

Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

bestimmte Ernährungsrichtlinien (vegetarisch etc.) \_\_\_\_\_

Benutzen Sie weißen Zucker im Haushalt?  O ja  O nein Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?  O ja  O nein

Benutzen Sie ein Handy/schnurloses Telefon?  O ja  O nein

**Rauchen:**  O nein  O Passivraucher (rauchender Partner, Kollegen etc.)



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxisdresden.de, www.heilpraxisdresden.de

O ja: Raucher seit: \_\_\_\_\_ O mehrfach aufgehört, nicht durchgehalten O ganz aufgehört: seit: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag O einige pro Woche O nicht mehr als 5 Zigaretten im Monat  
 Pfeifenraucher: O gelegentlich O regelmäßig O häufig

## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

### ALLGEMEINBEFINDEN

**Alkohol:** O nie O ganz selten O gelegentlich

regelmäßig: O mehrmals täglich O jeden Abend O mehrmals pro Woche: O Schnaps O Bier O Wein O Mix

O alkoholkrank: O trocken seit: \_\_\_\_\_ O in Therapie seit: \_\_\_\_\_ O derzeit keine Therapie

**Flüssigkeitszufuhr (alkoholfrei):** O ausreichend und regelmäßig O vergesse oft, genug zu trinken

Trinkmenge (täglich): O Wasser: \_\_\_ große Flaschen/ \_\_\_ kleine Flaschen/ \_\_\_ Gläser O Sonstige: \_\_\_\_\_

O Tee: \_\_\_ Tassen O Kaffee: \_\_\_ Tassen O Saft \_\_\_ Gläser O Limonade/Cola u. ä.: \_\_\_ Gläser/ \_\_\_ Flaschen

**Körpergewicht:** O immer gleich O stark schwankend O hat sich mit der Zeit verändert: O mehr O weniger

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg durchgeführte Diäten u. ä. (Anzahl): \_\_\_\_\_

Gewichtszunahme seit (Alter/Ereignis): \_\_\_\_\_ Gewichtsverlust seit (Alter/Ereignis): \_\_\_\_\_

O Essstörung (Magersucht, Esssucht, Erbrechen, etc.) seit: \_\_\_\_\_ erfolgreich therapiert: O ja O nein

**Körpergröße:** in cm: \_\_\_\_\_ O hat sich mit der Zeit verringert: O seit Erwachsenenalter immer gleich

**Zeckenbisse:** O nein O ja, Jahr: \_\_\_\_\_ O Befund: \_\_\_\_\_

**Blutwerte** (falls bekannt): \_\_\_\_\_ Letzter Bluttest, Jahr: \_\_\_\_\_

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

**Bereits angewendete Therapien:** (bitte alle angeben: z. B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

\_\_\_\_\_ O erfolgreich

\_\_\_\_\_ O erfolgreich

\_\_\_\_\_ O erfolgreich

\_\_\_\_\_ O erfolgreich

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

### Seele:

Beurteilen Sie bitte Ihre seelische Verfassung: (1 = fühle mich ausgezeichnet, 10 = fühle mich sehr schlecht)

O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

Bezeichnen Sie bitte Ihren Zustand:

+ O glücklich O ausgeglichen O gesund O energiegeladen O heiter O kommunikativ O attraktiv

O familiär geborgen O anerkannt O aktiv O optimistisch

– O überfordert O unausgeglichen O unglücklich O niedergeschlagen O hoffnungslos O ausgebrannt

O zu dick O zu dünn O energiearm O müde O kränzlich O vermindert leistungsfähig O antriebslos

O ängstlich O vergesslich O unsportlich O unattraktiv O einsam O enttäuscht

Ursache Ihres seelischen Kummers: O Partner O Kinder O Verwandte O Kindheit O Freundeskreis/Umfeld

O Trauer/Verlust eines Menschen O Arbeit O Jobverlust O Mobbing O Geldsorgen O Schulden

O Zukunftsangst O Existenzangst O Sonstige: \_\_\_\_\_

Wodurch könnte es Ihnen besser gehen (was müsste sich in Ihrem Leben ändern):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## FRAGEBOGEN – ANAMNESE

### SCHMERZEN

#### Schmerzort im Körper:

Bitte in der Abb. rechts kennzeichnen:

Kreuz: punktförmiger Schmerz

Linie: unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil: ausstrahlender Schmerz

**Hauptschmerz:** \_\_\_\_\_

#### Schmerzskala für den Hauptschmerz:

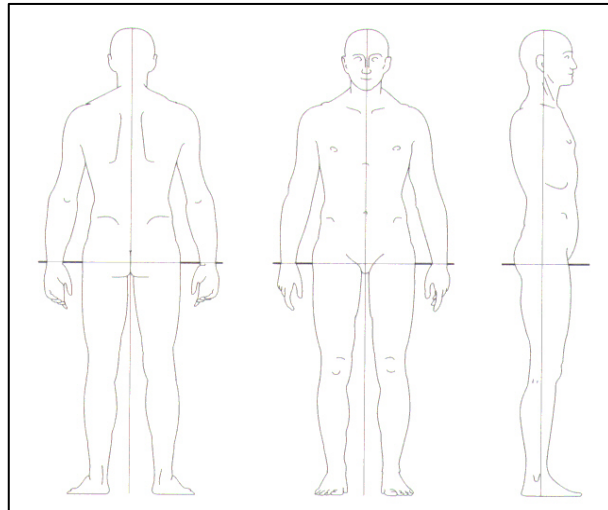
bitte eintragen

(1 = schwach 10 = kaum auszuhalten)

**O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10**

#### Seit wann haben Sie diese Schmerzen:

(Schmerzart und Jahr oder Lebensalter angeben)



**Kennen Sie das auslösende Ereignis:**  nein

ja

**Wie oft haben Sie Schmerzen:**  Immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich

seltener als wöchentlich  völlig unregelmäßig

**Wie ist das Schmerzempfinden:**  ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend  kribbelnd

reißend  kolikartig,  krampfend  dumpf  beengend  bohrend  schneidend

**Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz:**  körperliche Belastung  seelische Belastung  längeres Stehen, Sitzen, Gehen  Zwangshaltungen  Stress  Kälte  Wärme  Lärm  Nahrungsmittel  Husten

Niesen  Tageszeit  Wetterlage  Monatszyklus  Reisen  Rhythmuswechsel  Schlafmangel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verringern den Schmerz:**  Ruhe  Schlaf  Bewegung  Dunkelheit  Kälte  Wärme

Sport  Schmerzmittel  Urlaub  Diät  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Andere Symptome zum Schmerz:**  Hautrötung  Blässe  Schwellung  Berührungsempfindlichkeit

Schweißbildung  Seh- oder Hörstörungen  Lichtempfindlichkeit  Gangunsicherheit  Muskelschwäche

Müdigkeit  Schwindel  Übelkeit  Durchfall  Bewegungseinschränkung  Zittern  Krampfen

Apathie  Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Schmerzbehandlung bisher:

#### Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen.

(Nutzen Sie dafür Blatt 8 oder ggf. vorhandene Übersichten, falls möglich Arzt- oder Therapeutenberichte in Kopie beilegen.)

