

Liebe Patientin!

Um den ersten Kontakt möglichst effektiv und persönlich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, den Anamnesebogen in aller Ruhe zu Hause auszufüllen.

Sollte noch nicht ein aktuelles (nicht älter als sechs Monate) Differentialblutbild (inkl. Schilddrüsenwerte TSH, fT3, fT4 und ggf. Autoantikörper) vorliegen, lassen Sie dieses, wenn möglich inkl. einer Ultraschalluntersuchung der Leber, beim Hausarzt durchführen. Bitte bringen Sie außerdem zum Termin alle Labor- und Untersuchungsbefunde, die nicht älter als 2 Jahre sind, mit.

Zeitplanung und Ablauf

Das Arztgespräch beim Erstkontakt dauert etwa 30-60 Minuten. Auf der Grundlage dieses Gespräches werden Ihnen im Anschluss Laboruntersuchungen empfohlen, die wir Ihnen in Form eines Kostenvoranschlages zusenden. Sobald Sie sich entschieden haben, welche Maßnahmen Sie wünschen, kommen Sie zu uns zur Blutentnahme vorbei. Sollten Sie Stuhl-/Speichel-/Urindiagnostik-Material von zu Hause aus wegschicken, müssen wir ab dem Eingang im Labor mit den Ergebnissen nach ca. 3 Wochen rechnen. Nachdem alle Laborbefunde und Untersuchungsergebnisse vorliegen, kann das Therapiesgespräch erfolgen (in der Regel ca. 5 Wochen nach Erstvorstellung). Wir empfehlen eine Terminvereinbarung hierfür bereits nach dem ersten Termin.

Anamnese

Allgemeine Angaben

Vorname:

Name:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Versicherung: privat Selbstzahler

→ Falls Sie bereits die Fragen zur Vor-Anamnese ausgefüllt haben, können Sie wiederkehrende Fragen auslassen.

Anamnese

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden (inkl. psychischer Beschwerden):

Welches Symptom ist für Sie am schlimmsten?

Bekannte Diagnosen:

Wurden bereits Therapien durchgeführt? Wenn ja, welche?

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja was und wann?

Welche Medikamente nehmen Sie (inkl. Nahrungsergänzungsmittel)?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? O ja, ____ Zig/Tag O nein

Sind Sie ehemaliger Raucher? O ja O nein

Wenn ja, seit wann rauchen Sie nicht mehr? _____

Nehmen Sie Drogen? O ja O nein

Welche Impfungen haben Sie in Ihrem Leben erhalten? Gab es Komplikationen?

Eigene Vorgeschichte

Wie sind Sie auf die Welt gekommen?

Natürliche Geburt

Sectio

Sind Sie gestillt worden?

Nein

Ja Wie lange? _____

War die Schwangerschaft, aus der Sie hervorgingen, eine unbelastete Schwangerschaft? Gab es Geburtskomplikationen?

Haben Sie ein Trauma erlitten (z.B. Verlust naher Angehöriger, Scheidung der Eltern, häuslich Gewalt, Missbrauch, Unfälle)

Eigene Vorerkrankungen

	ja	nein	wann?
Asthma			
Chronischer Husten			
Schilddrüsenerkrankung			
Blutarmut			
Niedriger Blutdruck			
Hoher Blutdruck			
Zu hohes Cholesterin			
Zuckerkrankheit oder grenzwertiger Zuckerspiegel			
Angina-pectoris			
Herzinfarkt			
Herzrhythmusstörungen			
Herzschwäche/Herzklappenfehler			
Durchblutungsstörung Beine			
Tiefe Beinvenenthrombose			
Schlaganfall			
Ohnmachtsanfall/Schwindel			
Entzündliche Gelenkserkrankungen			
Wirbelsäulenerkrankungen			
Osteoporose/Bandscheibenvorfall			
Knochenbrüche? Wo? Wodurch?			
Krampfanfälle			
Borreliose			
Pfeiffersches Drüsenfieber			
Konzentrationsstörung/Brainfog			
Depressive Stimmung			
Ängste			

Sexualanamnese

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben auf einer Skala von 0-10?
(0= gar nicht, 10=sehr zufrieden)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Beschwerden vor/während/nach dem Geschlechtsverkehr?

Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung mit ____ Jahren

Letzte Regelblutung mit ____ Jahren

Zyklus alle _____ Tage

Ist die Blutungsstärke normal?

ja

nein

Haben Sie Schmerzen während der Blutung?

ja

nein

Verhütungsmethode: _____

Unerfüllter Kinderwunsch?

ja

nein

Häufige Blasen- und/oder Scheideninfekte?

ja

nein

Wenn ja, wie häufig pro Jahr? _____

Geburten: keine Fehlgeburten? Wenn ja wie viele? _____

1. Geburt (Jahr): ____ spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange gestillt

2. Geburt (Jahr): ____ spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange gestillt

3. Geburt (Jahr): ____ spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange gestillt

4. Geburt (Jahr): ____ spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange gestillt

Allgemeine Fragen

	ja	nein	seit wann?
Lymphknotenschwellung			
Appetitverlust			
starkes nächtliches Schwitzen			
Starker Durst			

Gewichtsveränderung in den letzten 6 Monaten			
Häufig grippale Infekte			
Muskelkrämpfe			
Bekannte Nahrungsmittelintoleranzen			
Allergien			
Hautausschläge/Neurodermitis			
Schuppenflechte			

Verdauung

	wie oft pro Tag?	ggf. genaue Beschreibung
Stuhlgang		
Durchfälle		
Verstopfung		
Konsistenz		
Geruch		
Blähungen		

Schlafanamnese

Wie viele Stunden Schlaf brauchen Sie? _____

Wie viele bekommen Sie tatsächlich? _____

Einschlafstörungen ja nein

Einschlafzeit in Minuten: _____

Schlafen Sie durch? ja nein

Wie oft werden Sie wach? _____

Zahnmedizinische Anamnese

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein

Leiden Sie unter Zahnfleischentzündung? ja nein

Haben Sie Zahnfüllungen? ja nein

Wenn ja, seit wann, wie viele und welche? _____

Ernährungsanamnese

Vegetarisch? ja nein

Vegan? ja nein

Wie viel Portionen Obst/Gemüse essen Sie am Tag? _____

Wie oft essen Sie Vollkornprodukte pro Tag? _____

Wie oft essen Sie Fleisch pro Woche? Welches? _____

Wie oft essen Sie Wurst pro Woche? _____

Wie viele Eier essen Sie pro Woche? _____

Essen Sie Nüsse? Wie oft? _____

Essen Sie Margarine? Butter? _____

Wie viel Milchprodukte nehmen Sie pro Tag zu sich? _____

Wie oft essen Sie Fisch pro Woche? _____

Wie häufig essen Sie frittierte/panierte Speisen pro Woche? _____

Wie oft essen Sie Fast Food/industriell hergestellte Nahrung (Pizza, Fertigprodukte)? _____

Wie oft essen Sie Süßigkeiten pro Woche? _____

Wie oft trinken Sie Limonaden, Light-Getränke oder Fruchtsäfte pro Woche? _____

Wieviel trinken Sie am Tag? Was? _____

Trinken/essen Sie nachts? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wieviel? Wie oft? Was (Bier/Wein/Drinks)? _____

Woraus trinken Sie Mineralwasser? Plastikflasche Glasflasche o.a.

Haben Sie Heißhunger? ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Wie sieht Ihr Frühstück aus? _____

Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen bei Ihren Großeltern, Eltern oder Geschwistern vor?

Eltern	Alter:	Großeltern	Alter:	Geschwister	Alter:
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin		<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin		<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin	
<input type="checkbox"/> Diabetes O Typ I O Typ II		<input type="checkbox"/> Diabetes O Typ I O Typ II		<input type="checkbox"/> Diabetes O Typ I O Typ II	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Krebs_____		<input type="checkbox"/> Krebs_____		<input type="checkbox"/> Krebs_____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Eine letzte Frage...

Wie beurteile Sie Ihre aktuelle Lebensqualität auf einer Skala von 0-10?
(0= gar nicht zufrieden, 10= sehr zufrieden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hiermit bestätige ich, dass das Ganzheitliche Frauenarzt-Zentrum München, Dr. Villinger und Kollegen, meine Daten speichern und im Sinne meiner Behandlung verwenden darf.

Datum, Unterschrift