

## Anamnesebogen

Damit ich als Präventiv tätiger Arzt Ihren derzeitigen Gesundheits-, Energie- und körperlichen Fitnesszustand beurteilen kann, benötige ich einige Angaben. Diese dienen ggf. auch für die Zusammenstellung weiterer diagnostischer und betreuender Maßnahmen, welche speziell auf Ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten wird. Ich bitte Sie, in Ihrem eigenen Interesse, den nachfolgenden Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen ("\*" = **zutreffendes bitte jeweils unterstreichen**).

Ihre Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht.

Name ..... Vorname: .....  
wohnhaft in: .....  
Geburts-Datum: .....  
Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg  
Telefon-Nr.: ..... Fax-Nr.: ..... e-mail-Nr.:  
.....  
derzeitige berufliche Tätigkeit: .....  
Zahl der Kinder: .....

Hatten Sie ernste Erkrankungen oder Operationen (insbesondere auch im Bereich von Muskulatur und Skelettsystem):  
ja / nein \*  
ggf. .... welche:  
.....

Leiden Sie insbesondere an: \*

Osteoporose	Diabetes mellitus	Bluthochdruck
Fettstoffwechselstörungen	Durchblutungsstörung	Arthrosen
brüchigen Nägeln	Haarausfall	

Sind in Ihrer Familie Herz-Kreislaferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes), Allergien u.a. bekannt:  
ja / nein \*  
ggf. .... welche:  
.....  
.....

regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja / nein \*  
ggf. .... welche:  
.....  
.....

gelegentliche Medikamenteneinnahme: ja / nein \*  
ggf. .... welche:  
.....

.....  
Allergien und Unverträglichkeit von Medikamenten: ja / nein \*  
ggf. welche:

.....  
Insbesondere Heuschnupfen / Asthma / Neurodermitis / Sonnenunverträglichkeit / Neigung zu Sonnenbrand \*

Nikotinkonsum: ja / nein \*  
ggf. was und wieviel pro Tag:

Alkoholkonsum: gelegentlich / täglich / selten / nie \*  
ggf. was und wieviel pro Tag:

Kaffeekonsum: ja / nein, ggf. wieviel pro Tag: ..... mit / ohne Koffein \*  
Sport: regelmäßig / manchmal / nein \*  
ggf. was:

Betreiben Sie Krafttraining: regelmäßig / manchmal / nie \*

Fernsehgewohnheiten, ca. wieviel Stunden täglich: .....  
nachts durchschnittlich bis wieviel Uhr: .....

letzter Urlaub, wann, wo, wie lange:

.....  
war er erholsam: ja / nein \*

Schwierigkeiten beim Wasserlassen: ja / nein \*  
ggf. welche:

Stuhlgangprobleme / Durchfall / Verstopfung: ja / nein \*  
ggf. welche:

Nehmen Sie Abführmittel ein: ja / nein \*  
ggf. welche und wie oft:

Ernährung: ausgewogen / einseitig / Diät \*

ggf. welche

Diät: .....

Gewichtszunahme oder -abnahme in der letzten Zeit? \*

Haben Sie Sorgen und Probleme, die Sie belasten: ja / nein \*  
ggf. welche:

Haben Sie zur Zeit körperl. Beschwerden (insbesondere auch im Bereich Muskulatur und Skelett):  
ja / nein \*  
ggf. welche:

.....  
.....

Haben Sie Potenzprobleme: ja / nein \*  
ggf. seit wann:

.....

Sind Sie anfällig für Infekte: ja / nein \*

**Für Frauen:**

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus: ja / nein \*  
ggf. in welchem Abstand: alle ..... Tage;

Haben Sie eine starke Menstruationsblutung: ja / nein \*

Nehmen Sie die Pille: ja / nein \*

ggf. welche / seit wann: .....

Sind Sie schwanger: ja / nein \*

Stillen Sie zur Zeit: ja / nein \*

Benutzen Sie ein Solarium: regelmäßig / gelegentlich / nie \*

**Anhang 1 zum Anamnesebogen (z.B. vor Durchführung von Vitalisierungsmaßnahmen):**

Name ..... Vorname: .....

Ich bitte Sie, im Rahmen Ihrer Anamneseerhebung zusätzlich die folgenden Fragen über Ihr Allgemeinbefinden zu beantworten. Tragen Sie hierzu die jeweils zutreffenden Zahlen ein:

1 = sehr gut / nie      2 = gut / selten      3 = mittel / manchmal      4 = schlecht / oft      5 = sehr schlecht / immer

Wie ist Ihre subjektive körperliche Leistungsfähigkeit? .....

Fühlen Sie sich erschöpft und schnell ermüdbar? .....

Fühlen Sie sich körperlich fit? .....

Leiden Sie unter Streß? .....

Leiden Sie an Kopfschmerz oder Migräne? .....

Leiden Sie unter Schwindel? .....

Leiden Sie an Magenbeschwerden? .....

Leiden Sie an Übelkeit? .....

Rast oder stolpert Ihr Herz? .....

Haben Sie Herzschmerzen oder fühlen Sie einen Druck in der Brust? .....

Leiden Sie an Zungenbrennen? .....

Leiden Sie an Schwellungen der Beine? .....

Leiden Sie an Brennen der Fußsohlen oder unruhigen Beinen? .....

Leiden Sie an Muskelverspannungen? .....

Leiden Sie an Konzentrationsstörungen? .....

- Leiden Sie an Vergeßlichkeit? .....
- Sind Sie ungeduldig, wenn Sie warten müssen? .....
- Können Sie zuhören? .....
- Reagieren Sie gereizt? .....
- Beschäftigen Sie Arbeitsprobleme auch in der Freizeit? .....
- Nehmen Sie sich Zeit ganz für sich allein? .....
- Fühlen Sie sich kontaktfähig? .....
- Haben Sie gerne Kontakt mit Freunden? .....
- Haben Sie das Gefühl, depressiv zu sein? .....
- Leiden Sie an Antriebsmangel? .....
- Leiden Sie unter Ängsten? .....
- Sind Sie innerlich unruhig? .....
- Leiden Sie an Appetitlosigkeit? .....
- Essen Sie zuviel? .....
- Trinken Sie Alkohol, um abzuschalten? .....
- Rauchen Sie (als Raucher) mehr als gewünscht? .....
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? .....
- Leiden Sie unter Alpträumen? .....
- Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente zum einschlafen? .....
- Haben Sie weniger Bewegung als gewünscht? .....
- Haben Sie weniger Freizeit als gewünscht? .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Anhang 2 zum Anamnesebogen (z.B. nach Durchführung von Vitalisierungsmaßnahmen):**

Name ..... Vorname: .....

Sie haben eine Kurmaßnahme zur Prävention bzw. zur Verbesserung von Vitalität und Leistungsfähigkeit durchgeführt. Ich bitte Sie nun, abschließend noch einmal die Fragen über Ihr Allgemeinbefinden zu beantworten. Tragen Sie hierzu die jeweils zutreffenden Zahlen ein:

1 = sehr gut / nie      2 = gut / selten      3 = mittel / manchmal      4 = schlecht / oft      5 = sehr schlecht / immer

- Wie ist Ihre subjektive körperliche Leistungsfähigkeit? .....
- Fühlen Sie sich erschöpft und schnell ermüdbar? .....
- Fühlen Sie sich körperlich fit? .....
- Leiden Sie unter Streß? .....
- Leiden Sie an Kopfschmerz oder Migräne? .....
- Leiden Sie unter Schwindel? .....
- Leiden Sie an Magenbeschwerden? .....
- Leiden Sie an Übelkeit? .....
- Rast oder stolpert Ihr Herz? .....
- Haben Sie Herzschmerzen oder fühlen Sie einen Druck in der Brust? .....
- Leiden Sie an Zungenbrennen? .....
- Leiden Sie an Schwellungen der Beine? .....
- Leiden Sie an Brennen der Fußsohlen oder unruhigen Beinen? .....
- Leiden Sie an Muskelverspannungen? .....

Leiden Sie an Konzentrationsstörungen? .....

Leiden Sie an Vergeßlichkeit? .....

Sind Sie ungeduldig, wenn Sie warten müssen? .....

Können Sie zuhören? .....

Reagieren Sie gereizt? .....

Beschäftigen Sie Arbeitsprobleme auch in der Freizeit? .....

Nehmen Sie sich Zeit ganz für sich allein? .....

Fühlen Sie sich kontaktfähig? .....

Haben Sie gerne Kontakt mit Freunden? .....

Haben Sie das Gefühl, depressiv zu sein? .....

Leiden Sie an Antriebsmangel? .....

Leiden Sie unter Ängsten? .....

Sind Sie innerlich unruhig? .....

Leiden Sie an Appetitlosigkeit? .....

Essen Sie zuviel? .....

Trinken Sie Alkohol, um abzuschalten? .....

Rauchen Sie (als Raucher) mehr als gewünscht? .....

Leiden Sie unter Schlafstörungen? .....

Leiden Sie unter Alpträumen? .....

Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente zum einschlafen? .....

Haben Sie weniger Bewegung als gewünscht? .....

Haben Sie weniger Freizeit als gewünscht? .....

Wie ist Ihr Allgemeinbefinden nach der Kurmaßnahme (bitte ankreuzen):

Deutlich gebessert     Besser     Unverändert     Schlechter     Deutlich schlechter

Wie beurteilen Sie die durchgeführte Kurmaßnahme allgemein (bitte ankreuzen):

Sehr gut     Gut     Mäßig     Schlecht     Sehr schlecht

Datum: .....

Unterschrift: .....