



Dr. med. Katja Künzer / Ladenstraße 5/ 63517 Rodenbach

Dr. med. Katja Künzer  
Fachärztin für Anästhesie  
Spezielle Schmerztherapie  
Ladenstr. 5  
63517 Rodenbach

---

## Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Krankenversicherung:

Privat:

Selbstzahler:

Hausarzt:

Fachärzte: Neurologie:

Orthopädie:

Psychiatrie:

Psychotherapie:

Radiologische Diagnostik:

Physikalische Therapie:

Medikamentöse Therapie:

Diagnosen:

## Aktuelle Anamnese

Beginn:

Verlauf:

Lokalisation:

Qualität:

Stärke: (VAS 0-10)	in Ruhe min.:	max:
	bei Belastung min.:	max.:

Veränderung im Tagesrhythmus:

Verstärkung durch:

Linderung durch:

Einschränkung durch Schmerzen (was kann ich nicht machen):

Chronifizierung (bestehen die Schmerzen länger als ein halbes Jahr):

Persönliche „Schmerzursache“:

Einstellung zum Schmerzgeschehen:

Bisherige Therapie:

Wirkung der bisherigen Therapie:

Beurteilung der Therapie:

Erwartung an die Behandlung:

## **Vegetative Anamnese**

Größe:

Gewicht:

BMI:

Appetit:

Stuhlgang:

Durst:

Miktion:

Übelkeit/ Erbrechen:

Fieber/ Nachtschweiß:

Ödeme:

Schwindel:

Leistungsknick:

Schlaf:

Allergien:

Alkohol:

Nikotin:

Kaffe/ Tee:

Psychopharmaka/ Drogen:

# Sozialanamnese

Kinder:

Eltern:

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

Aktueller Beruf:

Situation am Arbeitsplatz:

Wirtschaftliche Situation:

Wohnsituation:

Freundeskreis:

Hobbies:

Hilfebedürftigkeit:

Lebensgeschichte:

# Vorerkrankungen

Unfälle:

Operationen:

Kopf/ Hals:

Thorax:

Herz/ Kreislauf:

Gastrointestinaltrakt:

Niere/ Blase:

Genitale:

Gelenke:

Wirbelsäule:

Hormonelle-/ Stoffwechselerkrankungen:

Haut:

Psyche:

# Ernährungsanamnese

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag:

Typisches Frühstück:

Typisches Mittagessen:

Typisches Abendessen:

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art)

Typisches Trinkverhalten (was, wann, wieviel)

Alkohol/ Zigaretten/ Drogen (was, wann, wieviel)

*Ich nehme folgende Medikamente ein:*

*Ich nehme folgende Nahrungsergänzungsmittel ein:*

## Ernährungsfragen:

- Ich esse kein Fleisch
- Ich esse kein Geflügel
- Ich esse keine Eier
- Ich esse keinen Fisch
- Ich esse keine Kuhmilchprodukte

Ich esse folgende Lebensmittel nicht:

Vegetarier       Veganer      seit wann? \_\_\_\_\_

## Verdauungssystem:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blähungen       | <input type="checkbox"/> Völlegefühl            |
| <input type="checkbox"/> Meteorismus     | <input type="checkbox"/> Koliken                |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit        | <input type="checkbox"/> Sodbrennen             |
| <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Verstopfung            |
| <input type="checkbox"/> Stuhlfarbe hell | <input type="checkbox"/> Stuhlfarbe dunkelbraun |
| <input type="checkbox"/> Stuhl geformt   | <input type="checkbox"/> Stuhl nicht geformt    |

## Nahrungsmittelunverträglichkeiten/ Allergien:

- Gluten
- Milchprodukte generell
- Laktose
- Fruktose
- Sorbit
- Histamin
- Hühnerei
- Sonstiges \_\_\_\_\_