Dr. med. Hein Reuter

▶ Arzt für Allgemeinmedizin • Homöopathie • Akupunktur ◀

Dr. Hein Reuter • Höhestraße 19 • 61348 Bad Homburg

Anleitung zum Ausfüllen:

 Bitte schildern Sie alle Beschwerden, die Sie jemals hatten, vermerken aber deutlich, ob diese Beschwerden heute noch bestehen oder nicht)

Persönliche Daten

- Name, Vorname, [Initialien genügen]
- Geb.-Datum, Geburtsort (Land), (ggf. Staatsangehörigkeit)
- Stand: [ledig, verheiratet (mehrfach?), getrennt lebend, geschieden, verwitwet
- Familiäre Situation: Geschwister, Kinder [Namen, geb.]
- Ausbildungsgang, Beruf(e)
 Bitte schildern Sie stichwortartig Ihren beruflichen Werdegang und Ihre aktuelle berufliche Position (Situation)

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Aktuelle Beschwerden Wann? · Bitte schildern Sie in Ihren Worten die Hauptbeschwerden, die Sie zur Zeit haben, und wegen denen die Behandlung begonnen wurde. Können Sie eine Ursache oder ein Ereignis angeben, welches mit dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden zusammenhängen könnte? Treten die Beschwerden häufiger auf? · Bitte geben Sie an, bei welcher Gelegenheit eine Beschwerde auftritt bzw. am stärksten ist. Gibt es auch Situationen, in denen Sie üblicher Weise beschwerdefrei sind oder eine deutliche Erleichterung verspüren? Wie ist der Einfluss von: · Klimatischen Faktoren: Temperatur, Witterung, Jahreszeit Hitze/Kälte · Feuchtigkeit, Trockenheit • Drinnen/Draußen Gibt es eine Veränderung auf Reisen? Meeresaufenthalt · Gebirgsaufenthalt Welchen Einfluss hat die Tageszeit? Aktivität: · Verändern sich die Beschwerden in Bewegung oder in Ruhe, bei geistiger oder körperlicher Anstrengung? · Gibt es eine besonders ungünstige Position, in der die Beschwerden auftreten oder umgekehrt - eine Position, in der Sie sich besonders wohl fühlen? • Stehen, Sitzen, Bücken, Liegen (Rücken-, Seiten-, Bauchlage, rechts links?) ...

Weitere	und fri	ihoro	Rosch	wordon
weilere	11111(1 111	mere	Besch	wernen

- Bitte schildern Sie auch ihre früheren Erkrankungen, die chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten. Besonders wichtig ist die Situation, als die Beschwerden das erstemal auftraten! Welche Zusammenhänge und Ursachen sehen Sie?
- Unfälle
- Operationen
- · Krankenhausaufenthalte

Prägende, lebensverändernde Ereignisse:

- Gab es in Ihrem Leben Ereignisse, durch die sich Ihr Leben oder Ihre Lebenseinstellung verändert hat?
- Beschwerden, welche in dieser Zeit begonnen haben?

Wann?	
	1

i	Lebensführu	na	im	Λ II-	+~~
ı	Lebensiunitu	1112	ш	ΑII	เลย

- Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Woche?
- · Leiden Sie unter Stress?
- Treiben Sie Sport? [Sportart, früher, heute]
- Hobbies: was ist Ihr Ausgleich für einen anstrengenden Tag? Wie belohnen Sie sich nach einer besonderen Anstrengung?

Dauermedikation: Welche Medikamente nehmen (nahmen) Sie über einen längeren Zeitraum ein? Haben Sie diese gut vertragen? Gibt es Beschwerden, die Sie auf diese zurückführen würden?

Gewohnheiten, (sonstige) Medikamente:

Nikotin

Alkohol

Medikamente

Drogen

Sonstige Abhängigkeiten oder Gewohnheiten

Dauer? Menge? Häufigkeit?

Wann?	

Ess	gewohnheiten:	Wann?	
• A	ppetit:		
• E	ssensrhythmus:		
r	egelmäßig/unregelmäßig		
• +	lauptmahlzeit:		
	☐ mittags ☐ abends		
	m wie viel Uhr essen sie abends die letzte Aahlzeit?		
	ssen Sie frisches Obst? Wie hoch ist der ohkostanteil in Ihren Mahlzeiten?		
• 8	ind sie Vegetarier?		
	bneigungen: gibt es Speisen, die Sie nicht nögen, schon als Kind nicht gegessen haben		
(/	4)?		
٧	ebensmittelallergien, Unverträglichkeiten: velche Speisen und Getränke bekommen Ih- en nicht (U)?		
	orlieben:		
	∃ süß □ scharf □ salzig		
	☐ sauer ☐ bitter		
	tibt es bestimmte Gerichte, die Sie beson-		
d	ers lieben, nach denen ein besonderes Verangen besteht (V)?		
• F	lüssigkeitsmenge / Tag:		
• V	Velche Getränke trinken Sie?		
• T	rinken Sie gerne in kleinen oder großen		
S	chlucken? Sind Sie ein Sturztrinker?		

Vegetative Anam	nese		Wann?		
Sind Sie empfindlich gegen:					
bestimmte Pe	rsonen/Verhaltens	weisen			
Bekleidung	·				
Geräusche					
 Gerüche 					
 Sonstiges 					
Constiges					
Schwitzen Sie vie	el?				
□ ja □	nein				
Wann? In weld	chem Bereich?				
Schwitzen Sie	auch spontan ohne	e Anlass?			
□ ja □	gelegentlich	□ nein			
Nachtschweiß	:				
□ ja □	gelegentlich	□ nein			
Hitzeempfindlichl	keit:				
□ja □	gelegentlich	□ nein			
 Aufsteigendes 	: Hitzegefühl:				
	gelegentlich	□ nein			
-					
Kälteempfindlich	keit:				
Gefühl von inn					
	gelegentlich	□ nein			
Kalte Extremit					
	gelegentlich	☐ nein			
⊔ ја ⊔	gelegeritiich	□ HeIII			

Schlaf:		Wann?			
•	Schlafposit	tion: wie schlafen Sie	ein?		
•	gen, Durch	Schlafprobleme (Eins schlafstörungen)? Wid oder häufiges Erwacl	e wachen Sie		
•		schwerden, die Sie am			
		der wegen denen Sie			
•		ie viel? Gibt es wiedel Ier besondere Träume rn?			
•	Leiden Sie	nachts unter unruhig	en Beinen?		
•	□ ja	☐ gelegentlich	☐ nein		
•	Haben Sie	nachts heiße Füße?			
	□ ja	☐ gelegentlich	☐ nein		
•	Empfinden ausreichen	Sie ihre Schlafqualitä	it aktuell als		
	□ ja	□ nein			
)				
Wi	e ist Ihre all	gemeine Konstitution	?		
Sc	hwächegefü	ihl:			
	□ ja	☐ gelegentlich	□ nein		
Sc	_	ıl: kennen Sie ein Sch en oder anderen Bere	_		
	□ ja	☐ gelegentlich	□ nein		
An	triebsarmut				
	□ ja	☐ gelegentlich	□ nein		
Ab	geschlagen				
	□ ja	☐ gelegentlich	□ nein		
	,	G			

Psychische Anamnese

- Bitte schildern Sie Besonderheiten ihrer Gemütsverfassung, insbesondere Situationen, in denen Sie empfindlich reagieren (mit Wut, Kränkung, Trauer etc.).
- Besonders wichtig sind Veränderungen der Stimmung und des Verhaltens seit Auftreten der chronischen Erkrankung bzw. im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden.

Geistliche Anamnese

- Religion: Gehören sie einer Religionsgemeinschaft an?
- · Welchen Stellenwert hat der Glauben für Sie?
- Betreiben Sie Yoga, Tai-Qi, Meditation oder andere Übungen mit dem Ziel der geistigen Weiterentwicklung?
- Sind oder waren Sie (oder einer Ihrer Vorfahren) Mitglied einer Loge, einer christlichen oder anderen geistlichen Gemeinschaft?
- Gibt es Geschehnisse oder Situationen, die prägenden Einfluß hatten bzw. nachhaltigen Eindruck auf Sie gemacht haben?
- Gab es Festlegungen, Glaubenssätze oder ein Motto in Ihrer Familie wie "So etwas tut ein... nicht!" oder haben Sie selbst eine Festlegung getroffen wie "Niemals werde ich...!"?

Kindheit

- Berufe der Eltern (Mutter berufstätig?)
- Bitte führen Sie alle Kinderkrankheiten auf (auffällige Verläufe, Jahreszeit)
- Gab es Impfungen, die Sie nicht gut vertragen haben?

Wann?	
	

Wichtige Begebenheiten oder Ereignisse, an die Sie sich besonders gut erinnern?	Wann?	
Operationen		
Krankenhausaufenthalte		
Geschlechtsorgane, Partnerschaft und Sexualität		
körperliche Beschwerden, Probleme, prägen-		
de Erlebnisse		
Gynäkologische Anamnese:		
Monatsblutung		
1. Periode		
letzte Periode		
Besonderheiten der Periode		
Schwangerschaftsverhütung		
Schwangerschaft(en)		
Anzahl der Schwangerschaften		
Geburten (Datum, Name des Kindes), beson-		
der Ereignisse bei Schwangerschaft oder Ge- burt		
Fehlgeburten, Abtreibungen		
r onigosarton, natroisangen		
Klimakterium:		
Hitzewallungen		
 Veränderungen der Gemütsverfassung oder des Gewichtes. 		
Gibt es Beschwerden, die seit dem Klimakteri-		
um bestehen?		

Erkrankungen und Todesursachen in der Familie:

- Bitte notieren Sie stichwortartig die wichtigen Erkrankungen, welche in Ihrer Familie vorkommen. Infektionskrankheiten (Tuberkulose), Herz-Kreislauferkrankungen (Angina pectoris, Bluthochdruck, Krampfadern, Embolie, Thrombose), Allergien, Asthma, Tumoren, Gemütskrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems (Lähmungen, chron. Schmerzen)
- Gibt es Angehörige mit ähnlichen Beschwerden?

Wann?	
l .	I .

В	eschwerden im Überblick			
Bi	tte notieren Sie die Stärke / Bedeut schwerden:	ung der Be-		
0	keine Beschwerden			
1	seltene oder leichte Beschwerden			
2	immer wieder auftretende Beschwerde	en		
3	starke oder häufig auftretende Beschv	verden		
		0 1 2 3		
G	iefühlsleben			
	Aufbrausend, leicht reizbar, wütend		_	
	Allgemeine innere Unruhe			
	Nervosität			
	Angstgefühle			
	Depression			
	niedergedrückte Stimmung			
	grüblerisch			
	traurig			
	vergesslich			
	Konzentrationsstörungen			
	Schreckhaftigkeit			
K	opf- und Gesicht			
	Kopfschmerzen ganzer Kopf			
	- halbseitig			
	- Stirn			
	- Hinterkopf			
	Haarausfall			
	ugon			
~	Lugen Trockenheitsgefühl			
	Brennen			
	Nacht- und Farbblindheit			
	Verschwommenes Sehen			
	Kontaktlinsen, (Lese) Brille			
_				
Ohren				
	Schwerhörigkeit Obrgoräusebe			
	Ohrgeräusche Schwindel			
	Conwince			

Drehschwindel		
Gleichgewichtsstörungen		
Mund		
Mundgeruch		
Mundtrockenheit		
Zahnfleischbluten		
Herpes der Lippen		
Zungengeschwüre (Aphten)		
Geschmacksverlust		
Geschmack		
Hals, Rachen		
trockene Schleimhäute		
Kloßgefühl im Hals		
Atemwege und Brustkorb		
Luftnot bei leichten Anstrengungen		
Luftnot in Ruhe (nachts)		
Husten (Reizhusten)		
Husten mit Auswurf		
Farbe:		
Beschaffenheit:		
Engegefühl in der Brust		
Druck auf der Brust		
Heiserkeit		
Herz-Kreislauf-System		
Herzrasen		
Herzstolpern		
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Kälteempfindlich		
Hitzeempfindlich		
meempiinalien		
Verdauungstrakt		
Bauchkrämpfe		
Blähneigung		
vermehrte Darmgeräusche		
Stuhlverfärbung		
Stuhl unregelmäßig		
Stuhl ungeformt		
Durchfall		
Verstopfung		
Hämorrhoiden		

Bauchraum (Abdomen)		
Druckgefühl im Oberbauch		
Völlegefühl		
Übelkeit		
Vermehrtes Aufstoßen		
Sodbrennen		
Erbrechen		
Organsenkungen		
Extremitäten		
Taubheitsgefühl Hände		
Taubheitsgefühl Füße		
Krampfadern	+	
Schulterprobleme		
Arm- / Handprobleme	+	
Hüftprobleme		
Knieprobleme		
Bein- / Fußprobleme		
Rücken		
HWS-Beschwerden		
BWS-Beschwerden		
LWS-Beschwerden		
Kreuzbeschwerden		
Geschlechtsorgane/Sexualität		
Impotenz		
Unfruchtbarkeit		
sexuelle Unlust		
Menstruation		
Mens unregelmäßig		
Zyklus < 28 Tage		
Zyklus > 28 Tage		
Mens schmerzhaft		
starke Blutung		
schwache Blutung		
Klimakterische Beschwerden		
letzte Mens (Datum)		
Harnwege		
Häufiger Harndrang		
Harnträufeln		
i iaitiu auteiti		

Harninkontinenz		
Urin dunkel		
Urin hell		
Schmerzen beim Wasserlassen		
Schlaf		
Einschlafstörungen		
Durchschlafstörungen		
zu frühes Erwachen		
Intensive Träume		
Herzklopfen		
Nachtschweiß		
unruhige Beine		
heiße Füße		
Blut/Immunsystem		
Infektanfälligkeit		
Gerinnungsstörungen	-	
- (Medikamente?)		
Blutarmut, Anämie		
Gewohnheiten, Medikamente		
Nikotin		
Alkohol		
Drogen		
Medikamente	-	
Sonst		
	-	
		

- Index -

	ı				_
Α	_	Glauben	8	Reisen	2
Abgeschlagenheit	7	Gynäkologische Anamnese	9	Religion	8
Abhängigkeiten	4			Rohkostanteil	5
Abneigungen	5	Н		Rücken	14
Alkohol	4	Hals, Rachen	13	Ruhe	2
Alltag	4	Harnwege	15		
Angehörige mit ähnlichen		Hauptbeschwerden	2	S	
Beschwerden	10	Herz-Kreislauf-System	13		7, 15
Anstrengung	2	Hitze	2	Schlafposition	7
Antriebsarmut	7	Hitzeempfindlichkeit	6	Schlafqualität	7
Appetit	5	Hitzegefühl	6	Schwächegefühl	7
Auftreten	2	Hitzewallungen	9	Schwangerschaft	9
Augen	12			Schweregefühl	7
Ausbildungsgang	1	I		Schwitzen	6
		Impfungen	8	Sexualität	9
В		Initialien	1	Sitzen	2
Bauchraum (Abdomen)	14			Sonstiges	6
Bedeutung der Beschwerden	12	K		Sport	4
Bekleidung	6	Kälte	2	Stehen	2
Berufe der Eltern	8	Kälteempfindlichkeit	6	Stress	4
Beschwerden im Überblick	12	Kinderkrankheiten	8	3 333	•
Bewegung	2	Klimakterium	9	Т	
Blut/Immunsystem	15	Konstitution	7	Tageszeit	2
Bücken	2	Kopf- und Gesicht	12	Taj-Qi	8
Bucken	2	Krankenhausaufenthalte	9	Temperatur	2
D		Krankennausaurenthalte	9	Träume	7
	4				2
Dauermedikation	4	L	_	Trockenheit	2
Draußen	2	Lebenseinstellung	3		
Drinnen	2	Lebensführung	4	U	•
Drogen	4	Lebensmittelallergien	5	Unfälle	3
Durchschlafstörungen	7	lebensverändernde Ereignisse	3	Unverträglichkeiten	5
		Liegen	2	Ursache	2
E		Loge	8	Ursachen	3
Einschlafstörungen	7				
Ereignis	2	M		V	
Erwachen	7	Medikamente	4	Vegetarier	5
Essensrhythmus	5	Meditation	8	Vegetative Anamnese	6
Essgewohnheiten	5	Meeresaufenthalt	2	Veränderungen der Stimmung	
Extremitäten	14	Menstruation	14	und des Verhaltens	8
		Monatsblutung	9	Verdauungstrakt	13
F		Mund	13	Verlangen	5
Familie	10			Vorlieben	5
Fehlgeburten, Abtreibungen	9	N			
Feuchtigkeit	2	Nikotin	4	W	
_				Witterung, Jahreszeit	2
G		0		_	
Gebirgsaufenthalt	2	Ohren	12	Υ	
Geburten	9	Operationen	3, 9	Yoga	8
Gefühlsleben	12	•		S	
Geistliche Anamnese	8	Р		Z	
Gemütsverfassung	8, 9	Partnerschaft	9	Zusammenhänge	3
Geräusche	6	Periode	9		J
Gerüche	6	Position	2		
Geschlechtsorgane	9	prägende Erlebnisse	9		
Geschlechtsorgane/Sexualität	14	Psychische Anamnese	8		
Getränke		i sydiiisdie Andillilese	0		
	5 15	D			
Gewohnheiten, Medikamente	15	R			