

## Anamnesebogen für Mesologie



# GAUSS MEDICAL

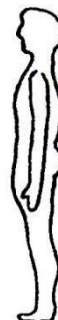
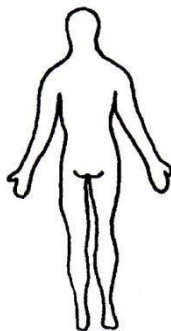
Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben einem strikten Berufsgeheimniss. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ M/W  
 Telefon : \_\_\_\_\_ Sonstige Tel: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Frühere Berufsausübung: \_\_\_\_\_  
 Freizeit, Sport, Hobby: \_\_\_\_\_  
 Medizingebrauch: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Facharzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Therapeut: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen schwarz sowie alle Narben in rot ein.

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen.

(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

Unter welche Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? \_\_\_\_\_

Werden Sie nachts wach? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x Täglich / \_\_\_\_\_ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,

Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig. Farbe: weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter? \_\_\_\_\_

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Wie viel? \_\_\_\_\_

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie derzeitig?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Familienkrankheiten:** Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

## Befundbogen für Mesologie

Bitte auf dieser Seite ankreuzen was auf Sie zutrifft.

Die **linke Hälfte** ist für frühere Beschwerden, die **rechte Hälfte** bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen.

Bei Wahlmöglichkeiten: Bitte Nichtzutreffendes streichen.

### ALLGEMEINES MAGEN/DARMTRAKT

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
- Wo lokalisiert? \_\_\_\_\_
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/ Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig/ morgens/ mittags/ abends
- Doppelt- / verschwommenes Sehen
- Allergien: \_\_\_\_\_

### ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

### HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Arterienverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

### NIEREN/HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde

### FRAU

- Schwangerschaft JA / NEIN
- Alter erstmaliger Menstruation: \_\_\_\_\_
- schmerzhafte Menstruation
- unregelmäßige Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhafte Brüste
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- prämenstruelles Syndrom
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)

### MAGEN/DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### MUSKELN / GELENKE

- Gespannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

### HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecke
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- Haarausfall / spröde Haare
- spröde Fingernägel

### VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- Hitzewallung
- irritiert

