

Name: **Datum:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Vorbereitung der Erstanamnese bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Dabei kommt es selbstverständlich nicht darauf an, jede Frage lückenlos oder in ausformulierten Sätzen zu beantworten. Stichworte und Hinweise auf Wesentliches genügen hier vollkommen. Der Fragebogen dient als Ergänzung zum umfassenden Anamnesegespräch – bitte bringen Sie ihn zum Termin mit. So kann ich mich im Gespräch vertiefend auf bestimmte Punkte konzentrieren.

Selbstverständlich behandle ich diesen Fragebogen wie sämtliche andere Patienten-Informationen vertraulich.

Ihre Ulrike v. Bergmann-Korn

1. Wegen welcher **Beschwerden** und **Symptome** kommen Sie in meine Praxis und was haben Sie bisher schon dagegen unternommen?
2. Zu welcher **Tages- bzw. Nachtzeit** oder zu welcher **Stunde** fühlen Sie sich allgemein am schlechtesten?
3. Zu welcher **Jahreszeit** fühlen Sie sich am schlechtesten?
4. Wie wirken **kaldtes Wetter, heißes Wetter, trockenes Wetter** und **feuchtes Wetter** auf Sie?
5. Wie ertragen Sie **Nebel**?
6. Wie ertragen Sie **Sonnenbestrahlung**?
7. Welchen Einfluss haben **Wetterwechsel** auf Sie?
8. Es gibt Menschen, die eher **frieren und kalte Hände und Füße haben** und andere, die eher **warm** sind. Zu welchen gehören Sie?
9. Was verspüren Sie vor, während und nach **Sturmwetter**?

10. Wie reagieren Sie auf **Nordwind, Südwind** oder **Wind** im allgemeinen?
11. Wie ertragen Sie **Zugluft**?
12. Wie ertragen Sie **Wärme** ganz allgemein? Bettwärme, Zimmerwärme?
13. Wie reagieren Sie auf **Extremtemperaturen** (sehr heiß - sehr kalt)?
14. Wie oft sind Sie im **Winter** oder in den **anderen Jahreszeiten erkältet**?
15. Wie ertragen Sie einen ganzen Tag ohne **frische Luft**?
16. Welche **Körperstellung** (Sitzen, Stehen, Liegen) ist Ihnen **unangenehm**, welche **angenehm**? Warum?
17. Wie steht es bei Ihnen mit **Reisekrankheit, Seekrankheit**?
18. Wie ertragen Sie **langes Stehen** (z.B. beim Warten auf den Zug, Telefonieren oder Kleideranprobieren)?
19. Wie steht es mit Ihrem **Appetit**? Wann jeweils haben Sie Hunger?
20. Wie steht es mit Ihrem **Durst**? Welche **Mengen** trinken Sie **pro Mahlzeit** und was vorzugsweise?
21. Welche **Speisen** und **Getränke** bekommen Ihnen nicht und warum nicht?
22. Wie ertragen Sie **Wein, Bier, Kaffee, Tee, Milch** und **Essig**?
23. **Rauchen** Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?
24. Welchen **Impfungen** unterzogen Sie sich und wie waren die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?
25. Wie ertragen Sie ein **heißes Bad** / ein **kaltes Bad** /ein **Meerbad**?

26. Wie fühlen Sie sich am **Meer** und **Gebirge**?
27. Wie ertragen Sie **geschlossene Kragen, Gürtel, eng anliegende Kleider**?
28. Wie verheilen **Verletzungen** bei Ihnen und wie lange **bluten** Sie?
29. Wie ertragen Sie das **Alleinsein** und **Gesellschaft**?
30. Wie ertragen Sie **Trost**?
31. Unter welchen Umständen empfinden Sie **Eifersucht**?
32. Wie steht es mit den folgenden **Ängsten** bei Ihnen?
- Wasserscheu
 - Angst vor Tieren
 - Angst vor und bei Gewitter
 - Furcht vor Einbrechern
 - Furcht zu fallen
 - Furcht vor Alleinsein
 - Angst, den Verstand zu verlieren
 - Furcht vor der Nacht
 - Furcht vor der Zukunft
 - Furcht vor Krankheit
33. Wie fühlen Sie sich in einer **Menschenmenge**?
34. Unter welchen Umständen werden Sie **zornig**? Was setzt Sie in **Zorn**?
35. Wie ertragen Sie das **Warten**?
36. Wann kommen **Todesgedanken** oder **Selbstmordgedanken** bei Ihnen auf?
37. Für welche **Nahrungsmittel** und **Getränke** haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe (Süßigkeiten, süßes Gebäck, gezuckerte Speisen, saure Dinge, gewürzte Dinge, schwere und fette Speisen, Butter, Brot, Obst, Fisch, Fleisch, Kaffee, Wein, Bier, Salz etc.)?
38. Gegen welche **Speisen** haben Sie eine ausgesprochene **Abneigung**?

39. Welche **Speisen** und **Getränke** machen Sie **krank**, d.h. ertragen Sie nicht?
40. Welches ist Ihre bevorzugte **Schlafstellung**? Wie legen Sie Arme, Beine, Kopf?
41. Manche Leute **reden, schreien, weinen, lachen** im **Schlaf**, schrecken auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund. Wie ist es bei Ihnen?
42. Wann **erwachen** Sie? Wann **stehen Sie auf**?
43. Welche Stunden **nachts** sind Sie **schlaflos**? Wann im Verlauf des Tages sind Stunden der **Schläfrigkeit** und welchen Umständen schreiben Sie das zu?
44. Erzählen Sie mir jene **Träume**, die bei Ihnen öfter vorkommen.
45. In welchem Alter begann die **Periode** bei Ihnen? Wie oft kommt sie, wie stark, wie regelmäßig? Ihre Dauer, die Farbe, wie sieht sie aus und wie sieht das Blut aus? Nennen Sie die mir die Tages- oder Nachtstunde, zu der sie am stärksten fließt. Wie fühlen Sie sich vor, während oder nach der Periode körperlich und gemütsmäßig? Wie ist die Gemütsstimmung vor, während und nach der Periode?
46. Was ist Ihnen über **Nerven- und Geisteskrankheiten, schwere Krankheiten** wie Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs etc. in Ihrer **Familie** bekannt?
47. Machen Sie mir etwas detailliertere Angaben über das, was Sie zu Ihren **Mahlzeiten essen** oder **trinken**.
48. Um wieviel **Uhr** gehen Sie zu **Bett**? Machen Sie auch etwas detailliertere Angaben über Ihr **Tagesprogramm**, Aktivität, Ausruhepause, Vergnügen und Erholung.
49. Ihr **Gewicht**?
50. Nennen Sie mir nun auch noch diejenigen **Störungen**, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.