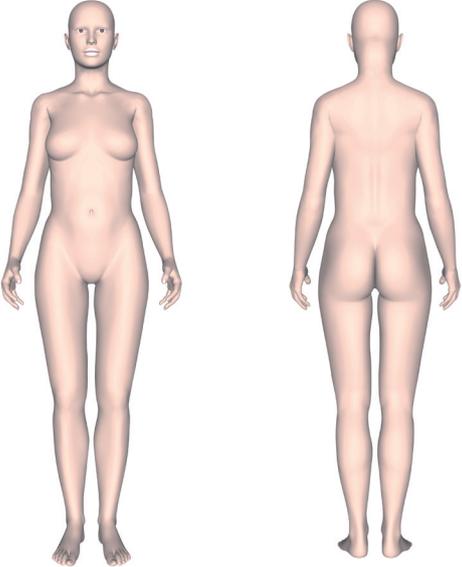


# Diagnosebogen

|                                                 |                                                                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Name                                            | Beruf                                                                    |
| Adresse                                         | verheiratet<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                                                 | Kinder                                                                   |
| Tel.                                            | geboren                                                                  |
| überwiesen, empfohlen                           |                                                                          |
| Medikamente                                     |                                                                          |
| frühere Behandlungen                            |                                                                          |
| <b>Grund des Besuches, aktuelle Beschwerden</b> | <b>Diagnose</b>                                                          |
|                                                 |                                                                          |

| Schmerzen                                                                                                                                  | Diagnose |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <p data-bbox="220 327 475 360">wo? (Meridianverlauf)</p>  |          |
| <p data-bbox="220 1178 300 1211">wann?</p>                                                                                                 |          |
| <p data-bbox="220 1406 277 1440">wie?</p>                                                                                                  |          |
| <p data-bbox="220 1635 421 1668">wodurch besser?</p>                                                                                       |          |
| <p data-bbox="220 1863 341 1897">Sonstiges</p>                                                                                             |          |

| <b>Bisherige Erkrankungen</b> | <b>Diagnose</b> |
|-------------------------------|-----------------|
| Operationen                   |                 |
| Unfälle                       |                 |
| <b>Familiengeschichte</b>     | <b>Diagnose</b> |
| Vater                         |                 |
| Mutter                        |                 |
| Geschwister                   |                 |
| Kinder                        |                 |
| Andere                        |                 |

| <b>Allgemeines Energieniveau</b> | <b>Diagnose</b> |
|----------------------------------|-----------------|
| Skala von 1 bis 10               |                 |
| schnell müde?                    |                 |
| <b>Allgemeine Gesundheit</b>     | <b>Diagnose</b> |
| Erkältungen                      |                 |
| wie oft im Jahr                  |                 |
| Jahreszeit                       |                 |
| Halsschmerz                      |                 |
| Schnupfen/Sekret?                |                 |
| <b>Temperaturempfinden</b>       | <b>Diagnose</b> |
| frieren?, schnell kalt?          |                 |
| schnell warm                     |                 |
| wechselt beides oft              |                 |
| zunehmend abends heiß?           |                 |
| heiße Hände oder Füße?           |                 |
| kalte Hände, kalte Füße?         |                 |

| <b>Schweiß</b>         | <b>Diagnose</b> |
|------------------------|-----------------|
| tags, spontan          |                 |
| nachts                 |                 |
| Körperstellen          |                 |
| Geruch                 |                 |
| wird Kleidung verfärbt |                 |
| <b>Kopfschmerz</b>     | <b>Diagnose</b> |
| wann, Tageszeit?       |                 |
| wo?                    |                 |
| wie?                   |                 |
| was bessert?           |                 |
| <b>Schwindel</b>       | <b>Diagnose</b> |
|                        |                 |

| <b>Allergien /Asthma</b>       | <b>Diagnose</b> |
|--------------------------------|-----------------|
| Heuschnupfen                   |                 |
| wann                           |                 |
| seit wann                      |                 |
| Schleimkonsistenz              |                 |
| <b>Asthma</b>                  |                 |
| Schleimkonsistenz              |                 |
| Ein/Ausatmung behindert?       |                 |
| <b>Atmung</b>                  | <b>Diagnose</b> |
| Husten?                        |                 |
| trocken, produktiv, Konsistenz |                 |
| Rauchen?                       |                 |
| <b>Augen</b>                   | <b>Diagnose</b> |
| Sehkraft/nachts                |                 |
| glänzend/stumpf                |                 |
| <b>Entzündungen</b>            |                 |
| wo, zu welchen Anlässen        |                 |
| wie oft                        |                 |
| Jucken                         |                 |

|                                                                |                 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Schmerzen</b>                                               |                 |
| Skleren: gerötet, blass                                        |                 |
| lichtempfindlich, windempfindlich, trocken                     |                 |
| <b>Ohren</b>                                                   | <b>Diagnose</b> |
| Hörvermögen                                                    |                 |
| Geräusche, welche Tonlage?                                     |                 |
| wann?                                                          |                 |
| seit wann?                                                     |                 |
| wodurch besser                                                 |                 |
| <b>Entzündungen</b>                                            |                 |
| <b>Hals</b>                                                    | <b>Diagnose</b> |
| Symptome?                                                      |                 |
| Mund Aphthen?                                                  |                 |
| Lippen: blaß, dunkelrot, blau, normal, feucht, trocken, rissig |                 |
| Zungenbrennen?                                                 |                 |

| <b>Zähne</b>       | <b>Diagnose</b> |
|--------------------|-----------------|
| Zustand, wieviele  |                 |
| <b>Zahnfleisch</b> | <b>Diagnose</b> |
| Parodontose        |                 |
| Blutungen, wann?   |                 |
| Entzündungen       |                 |

| <b>Geschmack</b>                | <b>Diagnose</b> |
|---------------------------------|-----------------|
| bitter, fade, unauffällig       |                 |
| salzig, sauer                   |                 |
| metallisch                      |                 |
| <b>Speichel</b>                 | <b>Diagnose</b> |
| trocken, klebrig, viel Speichel |                 |
| <b>Ernährung</b>                | <b>Diagnose</b> |
| Appetit?                        |                 |
| regelmäßig, Essenszeiten        |                 |
| lieber warm oder kalt           |                 |
| Gebratenes?                     |                 |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| Frühstück                                        |  |
| Mittagessen, warm?                               |  |
| Abendessen                                       |  |
| <b>Vorliebe Geschmacksrichtung</b>               |  |
| sauer, bitter, süß, scharf, salzig?              |  |
| was wird nicht vertragen                         |  |
| <b>Verdauung</b>                                 |  |
| Magenbeschwerden                                 |  |
| Schmerzen                                        |  |
| aufstoßen                                        |  |
| Sodbrennen, wann?                                |  |
| Blähungen                                        |  |
| <b>Völlegefühl oder Müdigkeit nach dem Essen</b> |  |
| gespannte Bauchdecke                             |  |
| Übelkeit                                         |  |

| <b>Stuhl</b>                                     | <b>Diagnose</b> |
|--------------------------------------------------|-----------------|
| wie oft?                                         |                 |
| Farbe, Konsistenz                                |                 |
| Inkontinenz, Hämorrhoiden                        |                 |
| pathologische Befunde                            |                 |
| <b>Urin /Blase</b>                               | <b>Diagnose</b> |
| brennen? Druck?                                  |                 |
| wie oft; Tag/Nacht?                              |                 |
| Farbe; Geruch                                    |                 |
| Nachträufeln                                     |                 |
| pathologische Befunde                            |                 |
| <b>Durst</b>                                     | <b>Diagnose</b> |
| oft, selten, gar nicht? Auf kalte/heiße Getränke |                 |
| Menge?                                           |                 |
| nachts?                                          |                 |

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| <b>Getränke</b>             |                 |
| Tee, Kaffee, Alkohol        |                 |
| kalt/ warm                  |                 |
| <b>Haut</b>                 | <b>Diagnose</b> |
| trocken, feucht             |                 |
| klebrig, schuppig, Juckreiz |                 |
| Farbe?                      |                 |
| jahreszeitlich bedingt      |                 |
| <b>Haare</b>                | <b>Diagnose</b> |
| Ausfall                     |                 |
| trocken, spröde             |                 |
| <b>Herz</b>                 | <b>Diagnose</b> |
| Erkrankungen                |                 |
| Blutdruck                   |                 |
| Palpitationen               |                 |
| Druckgefühl                 |                 |
| Rhythmusstörungen           |                 |

| <b>Schlaf</b>                                                                        | <b>Diagnose</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Schlafenszeiten, Mittagsschlaf?                                                      |                 |
| Einschlaf-Durchschlafstörungen, wodurch?                                             |                 |
| Träume (Alp-)                                                                        |                 |
| <b>Psychische Befindlichkeit</b>                                                     | <b>Diagnose</b> |
| ausgeglichen                                                                         |                 |
| depressiv, traurig                                                                   |                 |
| wütend                                                                               |                 |
| Angst                                                                                |                 |
| starke Stimmungsschwankungen<br>durch welche Anlässe verändert sich die<br>Stimmung? |                 |
| <b>Partnerschaft</b>                                                                 | <b>Diagnose</b> |
|                                                                                      |                 |

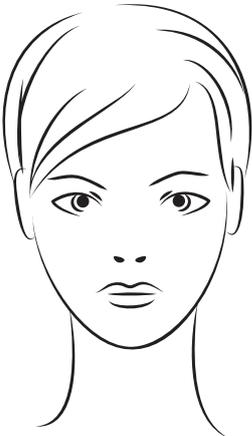
| <b>Männliches Geschlechtsorgane</b>                               | <b>Diagnose</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Erkrankungen                                                      |                 |
| Erektionsfähigkeit, Libido?                                       |                 |
| unwillkürlicher Samenverlust?<br>wann?                            |                 |
| <b>Weibliche Geschlechtsorgane</b>                                | <b>Diagnose</b> |
| Menarche wann                                                     |                 |
| Ausschabungen, Fehlgeburten                                       |                 |
| Operationen                                                       |                 |
| Schwangerschaften, Geburten,<br>normaler Verlauf, wurde gestillt? |                 |

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| <b>Zyklus</b>                                         |  |
| Verhütungsmittel                                      |  |
| regelmäßig, Länge des Zyklus                          |  |
| Länge der Blutung                                     |  |
| Blutungsmenge                                         |  |
| Klumpen?, Größe                                       |  |
| Konsistenz des Blutes                                 |  |
| Farbe des Blutes                                      |  |
| fühlt sich Blut heiß an                               |  |
| Geruch                                                |  |
| Tampons?, Binden?, wie viele?                         |  |
| <b>Schmerzen</b>                                      |  |
| vorher, zu Beginn, während,<br>am Ende, nach der Mens |  |
| Mittelschmerz                                         |  |
| Schmerzqualität                                       |  |
| besser durch Wärme, Kälte, Bewegung                   |  |

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| schwitzen (vor/während/nach Blutung)                 |  |
| <b>Verdauung</b>                                     |  |
| aufgebläht vor/während Blutung                       |  |
| Stuhlveränderungen                                   |  |
| Essensgelüste                                        |  |
| <b>Brust</b>                                         |  |
| spannt                                               |  |
| Knoten?                                              |  |
| <b>Ausfluss</b>                                      |  |
| Farbe                                                |  |
| Geruch                                               |  |
| wann, wodurch besser                                 |  |
| <b>Psyche</b>                                        |  |
| verändert vor während, nach                          |  |
| gereizt, grüblerisch, depressiv, weinerlich, töpelig |  |

| Menopausenbeschwerden    |                | Diagnose |
|--------------------------|----------------|----------|
|                          |                |          |
| Hintergrundinformationen |                | Diagnose |
| Hobbies                  | Arbeitsplatz   |          |
| Abneigungen              | Lebensumstände |          |
| Vorlieben                | Farbe          |          |
| Jahreszeit               | Tageszeit      |          |

|                                                     |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| Warum glauben Sie,<br>dass Sie krank geworden sind? |             |
| <b>Körperdiagnose</b>                               |             |
| Farbe                                               | Geruch      |
| Stimme                                              | Körpertyp   |
| Haut                                                | Hauttastung |
| Temperaturunterschiede                              |             |

| <b>Gesichtsdiagnose</b>                                                           |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| Farbe / Ort:                                                                      |       |     |
|  |       |     |
| <b>Pulsdiagnose</b>                                                               |       |     |
| rechts                                                                            |       |     |
| Di                                                                                | Ma    | 3E  |
| Lu                                                                                | Mi    | Pe  |
| links                                                                             |       |     |
| Dü                                                                                | Gb    | Bl  |
| He                                                                                | Le    | Nie |
| <b>Zungendiagnose</b>                                                             |       |     |
| Form                                                                              | Farbe |     |
| Ränder                                                                            | Risse |     |
| Belag                                                                             | UZV   |     |

**Quelle**

Anamnesebogen ausgearbeitet im Ambulatorium des ABZ Mitte in Offenbach unter Mitarbeit von Birgit Ziegler als Dozentin. Illustration: OpenClipart-Vectors auf Pixabay.