

Curameum

Praxis für Chirurgie und Ganzheitliche Medizin

Dr. Olaf Deling

Poststraße 12, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211-6877260

Anamnesebogen Lipödem und Morbus Dercum

Name: _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Beruf(e): _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Dieser Anamnesebogen dient zur strukturierten Erhebung Ihrer Anamnese. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus und nehmen Sie sich genügend Zeit. Fragen, welche von Ihnen nicht beantwortet werden können, lassen Sie bitte aus. Bitte keine Halbwahrheiten, diese führen uns eventuell auf einen falschen Weg.

Alle Fragen beziehen sich auf Ihr ganzes Leben. Sollte der Platz für die Beantwortung einer Frage nicht ausreichen, so benutzen Sie bitte die Rückseite, ggf. eine separates Blatt.

1. Welche Beschwerden sind momentan aktuell? Seit wann? Wo sind die Beschwerden ggf.? Wie sind die Beschwerden? Wie lange halten die Beschwerden an? Werden die Beschwerden durch ein Ereignis ausgelöst? Wodurch werden die Beschwerden besser oder schlechter? Gibt es eine bestimmte Zeit, wo die Beschwerden besser oder schlechter werden? Tag?, Nacht?, Monat? Vor oder nach der Periode?

2) Eigene Krankenvorgeschichte

Gab es Schwierigkeiten / Probleme während der Schwangerschaft mit Ihnen?

War Ihre Mutter während Ihrer Schwangerschaft krank?

Welche Erkrankungen haben Sie in Ihrer Kindheit durchlebt?

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Kinderlähmung,
Mononucleose=Pfeiffriesches Drüsenfieber, Lungenentzündung, Magen-Darm-Infektionen,
Asthma, Scharlach, häufig Mandelentzündungen, Harnblasenentzündungen,
Nierenerkrankungen, Lymphknoten, Neurodermitis, Ernährungsstörungen,
Unverträglichkeiten, Wachstumsstörungen, Erkrankungen an Herz, Lunge, Kopf,
Bauch, Nerven, Beine, Arme, Haut, Krebs, andere:

Bitte wenn möglich: seit wann, wie lange. Ggf. auch Komplikationen der
Erkrankungen angeben.

Welche Impfungen haben Sie erhalten? Ggf. Komplikationen?

Hatten Sie als Säugling Milchschorf?

Welche Operationen hatten Sie bis heute?

3) Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Diabetes, arterielle Hypertonie, Bluterkrankungen, Gemütsleiden, Depressionen,
etc. Bitte führen Sie die Erkrankungen chronologisch auf. Seit wann?

Sind Allergien bekannt, welche und seit wann?

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsprodukte, seit wann und in welcher Dosierung?

Welche Diäten haben sie ausprobiert, wann und mit welchem Erfolg?

Beschreiben Sie bitte den Verlauf Ihrer Erkrankung Lipödem oder Morbus Dercum. Wie hat alles angefangen, Welche Symptome waren zuerst da? Waren Symptome vorhanden, welche jetzt nicht mehr da sind?

Welche Beschwerden haben sie momentan an:

Kopf, Gehirn, Nerven, Gemüt, Hals, Lymphknoten, Haut, Hals, Brust, Lunge, Bauch, Gefäßen, Beine, Arme, Nägel, Darm, Magen, Galle, Pankreas, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Fettgewebe, Augen, Nase, Ohren, Haare, Blut, andere:

Wie waren Sie als Kind? Dick,dünn, moppelig, meist gesund, meist krank, sportlich, unsportlich, depressiv, hyperaktiv, .?

Waren Sie Zeuge oder selbst betroffen von häuslicher Gewalt?

4) Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

(Vater, Mutter, Oma, Opa, Geschwister), Infektionserkrankungen, Gemütsleiden, Depressionen, Krebs, Gefäßleiden, Herzinfarkt, Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankungen, Lymphkrankeitungen, andere:

5) Spezielle Anamnese

Gibt spezielle Tages- oder Nachtzeiten wo sie sich schlechter fühlen?

Sind Sie wetterfühlilig? Zum Beispiel bei Regen, Sonne, Winter, Herbst, nasskaltes Wetter, Gewitter, Föhn, Sturm etc.

Wie vertragen Sie Wärme?

Wie vertragen Sie Kälte?

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer Warm?

Wie schlafen Sie gerne? Warmes oder kaltes Zimmer? Mit Bettdecke? Mit Schlafanzug? Gut, schlecht, Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen? Bauch-, Rücken-, Seitenschläfer? Erwachen zu einer bestimmten Stunde, Schlafwandler? Knirschen Sie mit den Zähnen? Reden Sie im Schlaf? Schlafen Sie alleine?

Wird der Schlaf durch bestimmte Ereignisse gestört?
Herzklopfen, Hunger, Träume, Schwitzen, Unruhe, Zuckungen? Andere
Ereignisse?

Träumen Sie häufig ? Schlecht, gut? Wiederholen sich gewisse Ereignissen
in Ihren Träumen? Sind die Träume von sexueller Natur? Gewaltphantasien?
Was träumen Sie?

Haben Sie kalte/warme Hände/Füße und wann?

Frieren Sie leicht?

Bekommen Sie leicht Fieber?

Bekommen Sie nie Fieber?

Schwitzen Sie? Leicht, schnell, nie, wann, wie? Tageszeit? Wo?

Wird Ihnen leicht schwindelig? Seit wann?

Beschreiben Sie Ihren Schwindel? Bestimmte Ereignisse?

Werden Sie häufiger ohnmächtig? Wann? Wie?

Sind Sie druck- oder berührungsempfindlich? Wie, wo, wann, wie lange?
Ist es ein Schmerz oder ein Druck? Wird der Schmerz oberflächlich oder in der Tiefe empfunden?

Wie wird der Schmerz empfunden? Stechend, bohrend, dumpf, brennend, juckend, krampfend, klopfend, schneidend, reißend. Geben Sie gerne ein Beispiel. Der Schmerz ist wie,.....!

Tritt der Schmerz plötzlich oder langsam auf? Versuchen Sie die Schmerzverlauf zu beschreiben. Wohin strahlt der Schmerz aus?

Wie kann der Schmerz gelindert werden?

Haben Sie außer an /in der Haut Schmerzen? Gelenke, Knochen etc?

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? Wann, wie, wo, seit wann? Aussehen?

Nehmen Sie nur an bestimmten Stellen Ihres Körpers ab oder zu?

Wie heilen bei Ihnen Wunden?

Haben Sie häufiger Abszesse, Geschwüre, Hautausschläge, Ekzeme, Absonderungen aus Nabel, Ohren, Nase?

Haben Sie folgende Symptome? Wann? Wie, Wo, Wie lange, Seit wann?

Müdigkeit:

Schwäche:

hoher Blutdruck:

niedriger Blutdruck:

Zittern:

Krämpfe:

Lähmungen:

epileptische Anfälle:

Entzündungen:

Angstanfälle:

Durchfall:

Verstopfung:

Herzstolpern:

Luftnot:

Niedergeschlagenheit:

Suizidgedanken:

Ameisenlaufen:

Taubheit:

Kribbeln:

Jucken:

Steifheitsgefühl:

Appetitverlust:

Hautverfärbungen:

Hauteinblutungen = kleine rote Punkte in der Haut:

Sehstörungen:

gestörte Menstruation:

Libidoverlust („Kein Verlangen auf Sex“):

fettige Haut:

Akne:

Atemaussetzer in der Nacht:

Kopfschmerzen:

Darmbluten:

Polypen im Darm:

Diabetes mellitus:

Antriebsarmut:

Konzentrationsschwächen:

Muskelschwäche:

dünne Haut:

dicke Haut:

Stimmungsschwankungen:

Nervosität:

Gelenkschmerzen:

Übelkeit:

vermehrter Durst:

vermehrtes Wasserlassen:

trockene Haut:

Muskelschmerzen:

Ödeme:

Thrombosen:

Wortfindungsstörungen:

Sodbrennen:

Blähungen:

Nasenbluten:

Hämorrhoiden:

Blut im Urin:

Haarausfall:

unruhige Beine:

Druck in den Beinen:

Kopfschmerzen:

Migräne:

Doppelbilder:

Schwerhörigkeit:

Karpaltunnelsyndrom:

Dehnungsstreifen am Bauch:

Überempfindlichkeiten gegen Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Lärm?

Erhalten Sie regelmäßig manuelle Lymphdraingen?

wie oft in der Woche und wie lange?

Erhalten Sie maschinelle Lymphdrainge?

Welche Manschetten benutzen Sie?

Was verändert sich bei Ihnen nach und während der Lymphdrainage?

Werden die Beschwerden besser oder schlechter?

Müssen Sie während oder nach der Lymphdrainage öfters auf die Toilette?

Werden nach der Lymphdrainage die Beine gewickelt?

Werden nach der Lymphdrainage die Kompressionsstrümpfe direkt angezogen oder erst später? Wieviel später?

Welche Kompressionsstrümpfe tragen Sie, rundgestrickt oder flachgestrickt? Bis zum Knie, Leiste etc?

Kompressionsklasse?

Gibt es Komplikationen / Probleme bei Tragen der Strümpfe oder nach der Lymphdrainage?

Wo in Ihrem Körper lagert sich Fett ab? Seit wann?

Haben Sie Lipome? Wenn ja: wo, seit wann, schmerzhaft, Größe

Wurde bei Ihnen schon mal Fettgewebe abgesaugt oder Lipome entfernt? Wenn ja, wo?

Komplikationen?

Erfolg?

Gibt es im Fettgewebe Stellen die besonders schmerzen? Wie, wo, seit wann?

Haben Sie schon einmal Cortison erhalten?

Häufig Antibiotika in der Kindheit, Pubertät, Erwachsenenalter? Welche?

Zeckenbisse? Wann, wie oft wo am Körper?

Vergrößerte Lymphknoten? Wo? Schmerzhaft?

Ist bei Ihnen eine Körperseite hinsichtlich Ihrer Symptome bevorzugt?

Hat sich in der letzten Zeit etwas an Ihrer psychischen/seelischen Verfassung geändert? Was und wann?

Werden Sie leicht zornig, traurig, aggressiv, ungerecht?

Werden Sie leicht eifersüchtig?

Wie sehen Sie es mit der Treue in der Partnerschaft?
Treue ist mir sehr wichtig, wichtig, unwichtig?

Welche Beschwerden entstehen durch Trauer, Wut, Schrecke, Prüfungsangst, Trennung?

Sind Sie sportlich leistungsfähig?

Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden?

Leiden Sie an Geruchsstörungen?

Wie ist Ihr Appetit?

Was essen Sie am Tag/Nacht? Bitte schreiben Sie mir auf, was Sie in den letzten drei Tagen gegessen haben:

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?

Welche Speisen oder Getränke mögen Sie sehr?

Gegen welche Speisen und Getränke haben Sie eine absolute Abneigung?

Wie viel trinken Sie am Tag und was?

Nehmen oder nahmen Sie die Pille und seit wann?

Gibt es Beschwerden, Symptome etc. welche nicht abgefragt worden sind?

Gibt es bei Ihren Eltern, Großeltern, Verwandten Morbus Dercum oder Lipödem?

Bitte fügen Sie diesem Anamnesebogen möglichst alle Blutwerte, Röntgenbefunde, Arzt- oder Krankenhausbriefe als Kopie bei. Hilfreich sind auch Fotos von Ihnen, insbesondere von den Händen, dem Gesicht und der Beine.

Alle Angaben in Ihrem Anamnesebogen und den übersandten Unterlagen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.!!!

