



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
um mir ein möglichst genaues Bild von Ihnen und Ihrer Gesundheit machen zu können, bitte ich Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____

Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen denen Sie in die Praxis kommen:

Was?

Wo? (Lokalisation)

Bei Schmerzen: Schmerzintensität auf einer Skala von 1 – 10 (1=schwach, 10=sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann? Beginn (seit wann?), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten oder Situationen



Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

Welche Behandlungen haben schon statt gefunden? Mit welchem Erfolg?

Was ist Ihr Wunsch oder Ihr Ziel?

Sonstige Beschwerden, Krankheitsgeschichte und Gewohnheiten:

Gibt/gab es Beschwerden im Bereich

	Ja	Nein	Welche?
Kopf/Ohren/Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hals/Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zähne/Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darm/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Ja	Nein	Welche?
Niere/Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genitalorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskeln/Sehnen/Bänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Frühere Krankheiten (insbesondere immer wieder kehrende):

Welche Medikamente nehmen Sie? (auch Verhütungsmittel)



Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel, Betablocker oder Psychopharmaka?

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Cortison genommen? Wie lange?

Haben Sie häufig (auch früher!) Antibiotika genommen?

Gibt/gab es in Ihrer Familie Erkrankungen (bitte unterstreichen oder ergänzen)?

Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Übergewicht, Diabetes, Krebs, Rheuma, Rücken- und Gelenkkrankheiten, Depression, psychische Erkrankungen

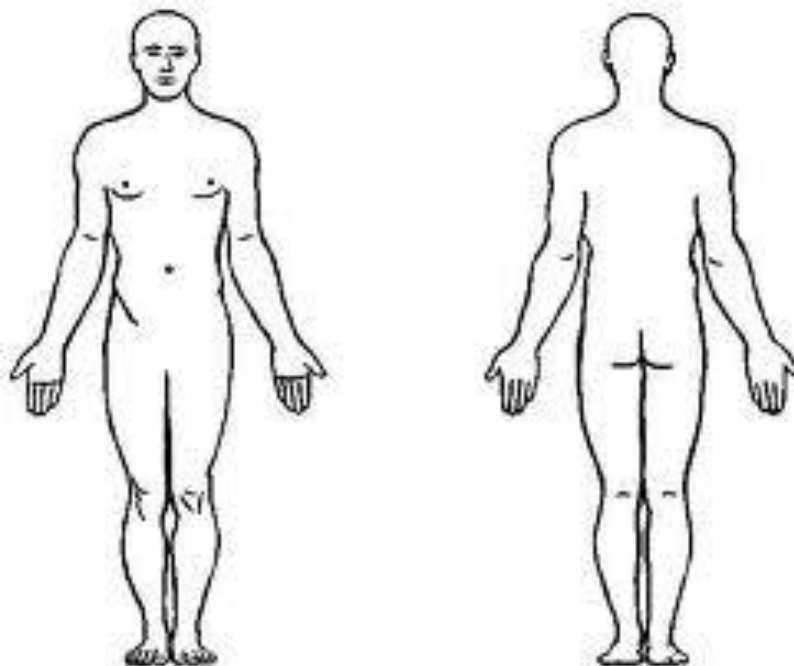
Sind Sie schon operiert worden? Was? Wann?

Haben Sie **Amalgam in den Zähnen** bzw. wurde Amalgam entfernt? Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne, Implantate, verschiedene Füllmaterialien?

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Haben Sie eine Aufbiss-/Knirscherschiene? Seit wann?

Haben Sie Narben? Bitte möglichst genau einzeichnen (auch kleine und alte Narben).



Haben Sie Stress? Intensität auf einer Skala von 1 – 10 (1=wenig, 10=sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wenn ja, in welchem Lebensbereich? Seit wann? Gibt es einen konkreten Auslöser?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 – 10?
(1=gar nicht, 10=sehr gut)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Schlafbeschwerden? (z.B. Einschlaf-/Durchschlafbeschwerden)

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und was?



Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?

Haben Sie genug Freizeit/Erholung?

Wie ist Ihr Familienstand? Haben Sie Kinder (Anzahl und Alter)?

Datum

Unterschrift