

Anamnesebogen



Damit ich Ihnen optimal zur Seite stehen kann, benötige ich einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Mit diesem Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet, können Sie sich bereits im Vorfeld auf das Erstgespräch vorbereiten.

Persönliche Daten:

Name _____
Anschrift _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____
Beruf _____
Familienstand _____

Körperliches Befinden

Unter welchen momentanen Beschwerden leiden Sie? Was bringt Sie zu mir?

Gibt es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Erkrankung | <input type="checkbox"/> Operation |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Impfung | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Windpocken | |

Hatten Sie Operationen, z.B. Mandeln, Blinddarm? Wenn ja – in welchem Jahr?

Liegen Allergien vor? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Tierhaare |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Milben | <input type="checkbox"/> Lidocain |
| <input type="checkbox"/> Aspirin (ASS) | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Anamnesebogen



Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Für Patientinnen: Bitte ausfüllen.

Anzahl der Schwangerschaften _____ Anzahl der Geburten _____

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel?

- ja nein

Wenn ja, welches: _____

Wie sind Ihre Monatsblutungen?

- regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

Zu Ihrer Person:

Größe	_____	Körpergewicht	_____	Zigaretten/Tag	_____
-------	-------	---------------	-------	----------------	-------

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?	_____
Wogegen sind Sie geimpft?	_____
Wie viel trinken Sie pro Tag – und was?	_____
Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?	_____
Was essen Sie am liebsten?	_____
Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?	_____
Haben Sie zur Zeit Stress?	_____
Wie viele Stunden schlafen Sie nachts?	_____
Probleme beim Ein- bzw. Durchschlafen?	_____
Wie beurteilen Sie die Schlafqualität?	_____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Krebs/Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | _____ | |

Anamnesebogen



Hatten Sie vor kurzem Infektionskrankheiten (z.B. im Urlaub)?

Wie ist Ihre Verdauung? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobacter pylori |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | | |
| <input type="checkbox"/> Schlecht verträgliche Nahrungsmittel | | |
-

Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold | |

Sind Weisheitszähne vorhanden?

- ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt.

Datum

Unterschrift