

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Sie so ganzheitlich wie möglich zu unterstützen ist es wichtig, dass Sie diesen Bogen mit Zeit und Ruhe ausfüllen.

Sollten Sie Punkte nicht beantworten können oder Fragen dazu haben, klären wir diese gerne bei unserem gemeinsamen Gespräch.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Anschrift: _____

Tel./e-mail: _____

Familienstand / Kinder/Alter der Kinder : _____

Beruf / Std.Woche: _____

Gewicht: _____ Grösse: _____ Blutdruck: _____

Blutgruppe: _____ Krankenkasse: _____

- Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in meine Praxis und seit wann haben Sie diese ?

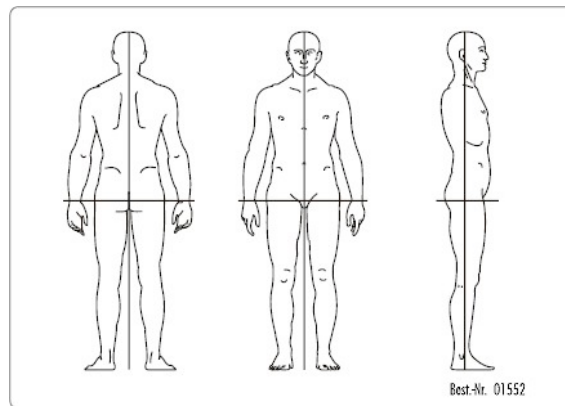
- Sind Ihre Beschwerden schon durch beispielsweise einen Arzt vorbehandelt worden? Welche Diagnostik (Röntgen, Ultraschall, etc.) wurde bereits durchgeführt?

- Wann war Ihre letzte Routineuntersuchung bei Ihrem Hausarzt / Facharzt ?
- Was wurde untersucht? Bringen Sie bitte alle Befunde, Labor, Röntgenbilder oder sonstige Unterlagen mit.

- Frühere schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle oder Verletzungen ?
(bitte Angabe mit Jahreszahl. Sind von Operationen Narben oder Fremdkörper zurückgeblieben? Wenn ja wo? Bitte auch an Zähne denken.)

➤ Haben Sie Schmerzen / Beschwerden?

(bitte Schmerzen in die Skizze eintragen, Sie können hier auch ihre Narben einzeichnen)



Sind ihre Beschwerden/Schmerzen veränderlich?

	Besser	Schlechter	Kein Effekt
Bewegung			
Sitzen			
Stehen			
Gehen			
Liegen			
Nachts			
Morgens			
Bei max. Aktivität			
Beim Ausruhen			
Vor dem Essen			
Während d. Essens			
Nach dem Essen			

➤ Haben Sie: (nur ankreuzen falls zutreffend)

- Zahnfüllungen/Material: Wo? _____
- Zahnkronen/Material: Wo? _____
- Zahnersatz/ Material: Wo? _____
- Fehlende Zähne (Weisheitsz.): Wo? _____
- Tote/wurzelbehandelte Zähne: Wo? _____

Wann und weshalb war Ihr letzter Zahnarztbesuch: _____

➤ Haben Sie noch andere chronische Beschwerden oder maligne Erkrankungen?

- Kopfbereich: Augen _____ Ohren: _____
Nasennebenhöhlen: _____ Mandeln: _____
- Schilddrüse: _____
- Herz /Lunge: _____
- Verdauung: Leber/Galle: _____ Magen: _____
Darm/Blähungen: _____ Stuhlgang: _____
- Niere/ Blase: _____
- Knochen/Gelenke: _____
- Erbliche Belastung: _____
- Stoffwechselerkrankungen: _____
- Kinderkrankheiten/Impfungen: _____
- Allergien & Unverträglichkeiten: _____
- Unterleibserkrankungen:
Frauen:
Geburten: _____ Fehlgeburten: _____
Operationen (Ausschabungen, Polypen,...): _____
Eierstöcke (Zysten, OP's,...): _____
Zykluslänge: _____
Männer:
Prostata: _____ Hoden: _____

➤ Derzeitige Medikamente inkl. Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie?
(Bitte bringen Sie diese mit in die Praxis, nicht nur den Beipackzettel.)

➤ Gehen Sie regelmäßige zur Krebsvorsorge? Wann war Ihre letzte Vorsorge?

➤ Letzte Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Alltagsverhalten:

- ✓ In der letzten Zeit eher ab- oder zugenommen?
- ✓ Was essen Sie am liebsten?
- ✓ Welche Nahrungsmittel mögen Sie gar nicht?

✓ Rauchen Sie? täglich wöchentlich selten nie

✓ Trinken Sie Alkohol? täglich wöchentlich selten nie

✓ Sind Ihre Beschwerden häufig zu einer bestimmten Uhrzeit oder wachen Sie nachts zu einer bestimmten Uhrzeit auf!

Wann:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Datum:

Unterschrift: