



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Dieser Vorab-Fragebogen soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Vorgeschichte aber auch Ihrer momentanen Verfassung zu bekommen. Wenn Sie sich bitte die Zeit nehmen wollen, diesen Bogen bereits vor Ihrem ersten Termin bei uns auszufüllen. Damit sparen wir uns wertvolle Zeit beim ersten Gespräch und wir können gemeinsam anhand des Bogens alle wichtigen Fragen klären und zügiger mit der Behandlung beginnen. Sollten Ihnen nicht alle Begriffe klar sein oder Sie bei der einen oder anderen Frage unsicher sein, markieren Sie diese bitte einfach - wir besprechen diese dann zusammen. Die aufgezählten Erkrankungen sind Beispiele, wenn Sie unter anderen Erkrankungen leiden, ergänzen Sie dies bitte selbstständig. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte einfach ein Blatt hinzu.

Zur Ihrer Person:

Name:	Vorname:	Strasse:	PLZ / Ort:
Telefon / Handy:	Email:	Krankenversicherung:	Priv. Zusatz:
			() ja () nein
Familienstand:	Kinder:	Beruf:	Ernährung:
			() normal () vegetarisch () vegan () sonst.:
Geburtsdatum:	Sonstige Hinweise:	() Rechtshänder*in () Linkshänder*in	() Diskalkulie () Legasthenie

Zur Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

Haben oder hatten Sie Probleme in folgenden Bereichen?	Ja	Nein	Erläuterungen:
Herz-Kreislauf-Probleme (zu hoher/niedriger Blutdruck, Herzprobleme, Venenleiden, Aneurysmen, Schlaganfälle, Infarkte, Durchblutungsstörungen)			
Blutgerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien, verlangsamte Blutgerinnung)			
Magen-Darm-Probleme (Magengeschwüre, Tumoren, Polypen, Verdauungsstörungen, Darmerkrankungen)			
Lunge-Atemwegsprobleme (Lungenentzündungen, chron. Bronchitis, Asthma, COPD)			
Leber-/Gallenerkrankungen (Leberentzündungen, Fettleber, Gallensteine, Gallenoperation)			
Nieren-/Blasenerkrankungen (Nierenbecken-/ Nierenentzündung, Harnsteine/-grieß, Niereninsuffizienz, Blasenentzündungen)			
Geschlechtsorgane (Prostataprobleme, Gebärmuttermyome, Brusttumoren)			
Muskel-und Skelettsystem (Skoliose, Bandscheibenvorfälle, Gleitwirbel, Osteoporose, Verspannungen, Arthritis, Gicht, Rheuma)			
Nervensystem (Lähmungen, Fehlempfindungen, Schwindel, Nervenstörungen, Parkinson, Multiple Sklerose)			
Sinnesorgane (Sehstörungen, Fehlsichtigkeit, Hörstörungen, Tinnitus, Geruchs-/Geschmacksstörungen)			
Stoffwechsel/Hormonsystem (Schilddrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes, Sonstige hormonelle/Stoffwechsel- Störungen)			
Allergien/Unverträglichkeiten (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Lactoseintoleranz, Histaminunverträglichkeit)			



Haut/Haarerkrankungen (Neurodermitis, Akne, Schuppenflechte, Schuppen, Haarbruch, Borken, etc.)				
Seelische Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Ängste, Zwänge, SORGEN)				
Hatten Sie Kinderkrankheiten / Infektionskrankheiten? <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Borreliose				() sonstige: <u>Wann?</u>
Sind Sie geimpft ? Wie oft fand die Sars/Covid-Impfung statt?				gegen (so weit bekannt):
Wurden Sie schon einmal operiert ? Wenn ja, welche Operation/wann? Gab es Komplikationen?				
Hatten Sie Unfälle ? Welche/Wann?				
Welche Medikamente nehmen Sie? (nach Bedarf / regelmäßig)				
Haben Sie Zahnfüllungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Amalgam	
Wurden Füllungen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	
Implantante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?	
Tragen Sie eine Zahnschiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tag / Nacht? Oben / Unten?	
Rauchen Sie und wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trinken Sie Alkohol ? Wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Drogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie Ein- oder Durchschlafprobleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bei Frauen: Schwangerschaften und Geburten (Bitte auch Fehlgeburten !)				
Monat / Jahr:	<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		Besonderheiten in Schwangerschaft/unter der Geburt:	
Geschlecht :	gestillt: ja / nein			
Verhütung: <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Spirale (Ku od. Horm) <input type="checkbox"/> sonstiges			Letzter Gyn.-Besuch: Letzte Periode:	
Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (so weit Sie wissen)? -> Bitte angeben: WER leidet/litt daran? (Mutter, Vater, etc.)?				
<input type="checkbox"/> Diabetes (auch Alterszucker) _____ <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen - Welche/wer? _____ <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien) _____ <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten - Welche/wer? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige gehäuft auftretende Erkrankungen (genetische Erkrankungen, Darmpolypen) - Welche/wer? _____				
Was sind Ihre aktuellen Beschwerden , wogegen sollen wir gemeinsam vorgehen?				
Welche Untersuchungen wurden bereits veranlasst?				
Welche Therapien haben Sie bereits versucht? Bei wem?				
Wie war der Erfolg?				
Haben Sie noch Fragen?				
Unterschrift: _____			Datum _____	