

# Anamnese-Fragebogen

Füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name
Straße, Nr.	
PLZ	Ort

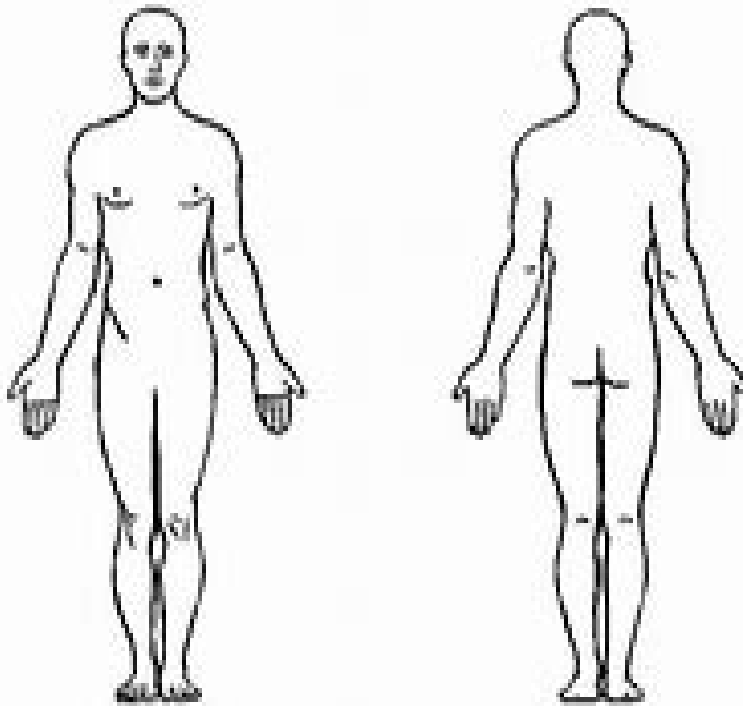
Telefon	Geburtstag	
Mobil	Geburtsort	
E-Mail	Größe	Gewicht

Beruf
Krankenversicherung
Private Zusatzversicherung für ambulante Behandlung?

## Körperliche Beschwerden:

Markieren Sie die Körperstellen

- akute und chronische Beschwerden
- Narben (Operationen, Verletzungen)
- Piercings, Tattoos



## Akute Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?  
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	seit
2.	seit
3.	seit
4.	seit
5.	seit
6.	seit
7.	seit
8.	Seit

Welche Behandlungen sind bisher durchgeführt worden?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

### **Allgemeine Symptome:**

Mangelnde Konzentration

Ich bin müde und erschöpft

Ich bin verstärkt reizbar

Ich habe Ängste, Schuldgefühle, Konflikte

Ich bin nicht belastbar

Eingeschränkte Leistungsfähigkeit

## **Kopf:**

### **Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Ja:	Nein:
-----	-------

Können Sie einen Auslöser der Kopfschmerzen benennen?

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Allergien bekannt?

## **Zähne:**

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

Letzter Zahnarztbesuch:			Letztes Röntgenbild der Zähne?	
Zahnfleischbeschwerden?	Parodontitis?	Überempfindliche Zähne?	Kiefergelenksbeschwerden?	Erschwerter Durchbruch Weisheitszähne?

## **Zahnfüllmaterialien?**

Amalgam?		Titan?		Keramik?	
Gold?	Kunststoff?	Palladium?		Implantate?	

## **Kiefergelenke:**

Schmerzen?	Geräusche beim Kauen?	Blockaden?	Zähneknirschen?
------------	-----------------------	------------	-----------------

## Körper- und Organfunktionen:

### Magen:

Völlegefühl:	Gastritis:
Appetitlosigkeit:	Sodbrennen:

### Darm:

Infektionen:	Hämorrhoiden:	Blinddarm-OP:
Blähungen:	Reizdarm:	chron. Darmerkrankungen
Polypen:	Divertikel:	Verwachsungen:

### Stuhlgang:

Täglich:	Jeden 2. Tag:	Unregelmäßig:
Neigung zu Verstopfung:	Neigung zum Durchfall:	
Kann den Stuhl nicht halten:	Gefühl nicht fertig zu werden:	

## Gynäkologischer/urologischer Bereich:

### Frau:

Wann war die erste Menses? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte? \_\_\_\_\_

### Blutungen:

Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

Regelmäßig:	Unregelmäßig:
-------------	---------------

### Mann (Prostata):

vergrößert:	Entzündungen:
Beschwerden beim Wasserlassen:	

## Lebensweise:

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja:	Nein:
-----	-------

**Handynutzung: Wie oft?**

ständig:	wenig:	nie:
----------	--------	------

**Befindet sich ihr Handy nachts angeschaltet in der Nähe ihres Schlafplatzes?**

Ja:	Nein:
-----	-------

**Wie ist ihre Wohnung beschaffen?**

Funkmasten in der Nähe:	Überlandleitungen/Bahnstrom:	Bäche, Flüsse i. d. Nähe:
Schimmelpilzbelastung:	Antiquitäten/Holzschutzmittel:	Teppichböden:
Mikrowelle:	Ledermöbel:	WLAN/Bluetooth:

**Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?**

Schnurlose Telefone/Internet:	elektrische Geräte im standby Modus:
Wasserbett:	eingebauter elektrischer Motor:

**Wie ist ihr Schlaf?**

Häufiges Erwachen, Uhrzeit?		nächtl. Wasserlassen, wie oft?	
Schlaflosigkeit:	Schwieriges Einschlafen:	Unruhe in den Beinen:	Sprechen im Schlaf:
Nachtschweiß:	Heiße Füße:	Zähneknirschen:	Lebhafte Träume:

**Wieviel Liter trinken Sie täglich?**

unter 500 ml:	unter 1 Liter:
ca. 1-2 Liter:	über 2 Liter:

**Was trinken Sie?**

Wasser ohne Kohlensäure:	Wasser mit Kohlensäure:	Fruchtsäfte:
Softdrinks:	Kaffee:	Tee:
Milch:	Bier:	Wein:
sonstiges:	Alkohol in welcher Häufigkeit?	

**Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?**

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte				
Süßigkeiten				
Weißmehlprodukte				
Kuchen				
Eier				
Zucker				
Fleisch				
Fisch				
Gemüse				
Obst				
Nüsse				

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

---

Nahrungsmittelallergien?

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern:	Mumps:	Röteln:	Keuchhusten:
Windpocken:	Scharlach:	Tetanus:	Kinderlähmung:
Malaria:	Salmonellose:	Ruhr:	Syphilis:
Pfeiffer. Drüsenfieber:	Gonorrhoe:	Tropenkrankheiten:	Tuberkulose:

**Wurden diese Erkrankungen oder andere mit Antibiotika behandelt?**

Ja:	Nein:
-----	-------

**Haben Sie Narben von Operationen?**

Ja:	Nein:
-----	-------

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

Ja:	Nein:
-----	-------

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

Krebs:	Tuberkulose:	Geisteskrankheiten:	Geschlechtskrankheiten:
Epilepsie:	Herzkrankheiten:	Gefäßerkrankungen:	Schlaganfall:
Asthma:	Zuckerkrankheit:	Rheumatismus:	Steinkrankheiten:
Multiple Sklerose:	Gicht:	Allergien:	Schuppenflechte:
Neurodermitis:	andere:		

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

Tuberkulose (BCG)	Röteln:	Polio (Kinderlähmung:	Cholera:	Diphtherie:
Gelbfieber:	Tetanus:	Hepatitis:	HIB:	Pocken:
Keuchhusten:	Grippe:	Masern:	Mumps:	Corona:
andere:				

**Gab es Reaktionen auf Impfungen:**

Fieber:	Krämpfe:	Unruhe:
Schlaflosigkeit:	Verhaltensveränderungen:	