

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

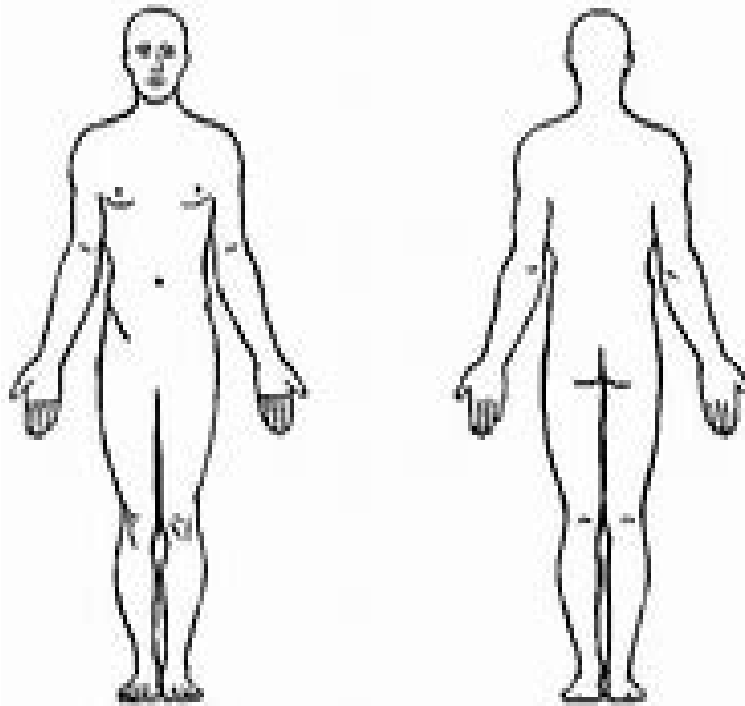
Telefon	Geburtstag	
Mobil	Geburtsort	
E-Mail	Größe	Gewicht

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:
-----	-------

Allergien bekannt?

Schilddrüse

Überfunktion:	Unterfunktion:	Vergrößerung:	Operation:
---------------	----------------	---------------	------------

Zähne:

Sind Zahnerkrankungen bekannt? Sind Zahnbehandlungen erfolgt?

Zahnfüllmaterialien (z. B. Amalgan, Keramik, Implantate, etc.?)

Körper- und Organfunktionen:

Magen:

Völlegefühl:	Sodbrennen:
Appetitlosigkeit:	Blähungen:
Durchfälle:	Verstopfung:

Lebensweise:

Treiben Sie regelmäßig Sport?

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

Handynutzung: Wie oft?

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

Wie ist ihr Schlaf?

Häufiges Erwachen, Uhrzeit?		nächtl. Wasserlassen, wie oft?	
Schlaflosigkeit:	Schwieriges Einschlafen:	Unruhe in den Beinen:	Sprechen im Schlaf:

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:	