

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient ,im Rahmen unseres integrativen Medizinkonzepts ist eine ausführliche Anamnese (Krankengeschichte) wesentlich für den Behandlungserfolg. Deshalb bitten wir Sie, unseren Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Name

Vorname

geboren am

Welches sind die Beschwerden, wegen derer Sie uns aufsuchen?

Hauptbeschwerden

seit wann?

Was?

Bitte geben Sie die minimale & maximale Stärke Ihrer Hauptbeschwerden an. (2 Kreuze)

beschwerdefrei Unerträglich

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Weitere Beschwerden

seit wann?

Was?

Welche Behandlung(en)(inkl. Medikamenteneinnahme) haben Sie bezüglich Ihrer Beschwerden bereits in Anspruch genommen?

Zeitraum (von-bis)

Art der
Behandlung

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?

Listen Sie diese bitte ggf. auf.

Seit wann?	Was & Dosierung ?	Wofür?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geben Sie bitte alle Ihre bisherigen gesundheitlichen Probleme, Erkrankungen und Diagnosen seit der Kindheit an (Ausgenommen sind banale Infekte & vorübergehende Befindensstörungen.)
Listen Sie diese bitte in chronologischer Reihenfolge auf! Wenn Unterlagen dazu vorliegen (Röntgen-, CT-/MRT-Bilder, Befund-/OP-Berichte etc.), bringen Sie diese – soweit möglich - mit.
Sollte der Platz nicht ausreichen, so benutzen Sie bitte die Rückseite.

Wann?

Was?

Hatten Sie jemals eine der angegebenen Erkrankungen?

- Borreliose Lippenherpes Genitalherpes Pfeiffisches Drüsenfieber
 Gürtelrose Hepatitis Pilzerkrankung EBV

Haben oder hatten Sie wiederkehrende Beschwerden in den folgenden Bereichen?

- Ohr Atemwege Auge Haut
 Mandeln Blase/Niere Sonstiges Nasennebenhöhlen

Welche Operationen wurden wann durchgeführt?

Wann?	Welche OP?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Unfälle / Verletzungen haben Sie erlitten?

Wann?	Was?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie Narben, Piercings, Tattoos?

Wo?	Welche?	Wo?	Welche?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie Probleme mit der Verdauung? (zutreffendes ankreuzen)

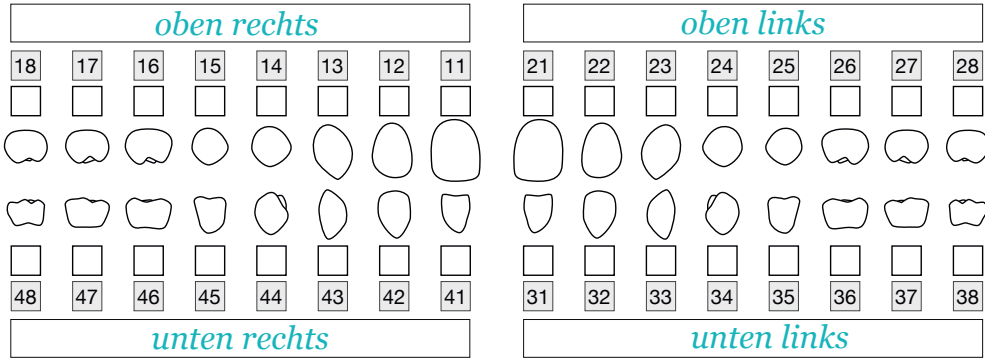
- gehäuft Blähungen Neigung zur Verstopfung Neigung zu Durchfall

Falls Sie Unverträglichkeiten haben: welche?

Falls Sie Allergien haben: welche?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Wann wurde bei welchem Zahn welche zahnärztliche Behandlung durchgeführt?
Kreuzen Sie bitte den entsprechenden Zahn in der Abbildung an und übernehmen Sie die Nummer unten für die Angabe von Zeitraum & Behandlung; Relevant sind: Wurzelkanalfüllung(WKF), Wurzelspitzenresektion(WSR), Extraktion (E), Implantat (I), Brücke (B). Einzelne Füllungen sind nicht relevant.
Sollten Sie weitere Besonderheiten bzgl. Ihrer Bezaehlung haben, geben Sie diese bitte auch an.



Zahn-Nr.	Wann?	Was?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie viele Zähne sind aktuell Amalgam-gefüllt? Wie viele waren es früher?

Welche Weisheitszähne sind...?

Bitte jeweils mit angeben, für welchen Weisheitszahn was zutrifft! Bei 4) & 5) geben Sie bitte die Jahreszahl an.

(1) nicht angelegt	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28	(2) nicht gekommen	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28	(3) schief gekommen	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28	(4) herausoperiert	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28	(5) gezogen	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28
	<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 38		<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 38		<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 38		<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 38		<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 38

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

Nein Ja ggf. von...bis:

Wann haben Sie welchen Sport getrieben?

Alter	Sportart
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welches ist Ihre vorwiegend ausgeübte Tätigkeit und seit wann führen Sie diese aus?

Wie schätzen Sie ...

unerträglich stressfrei
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

traumhaft unerträglich
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10