

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mir ein möglichst genaues Bild von Ihnen und Ihrer Gesundheit machen zu können, bitte ich Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Ort	
Telefon:	
E-Mail:	
Versicherung:	

Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen denen Sie in die Praxis kommen:

Bei Schmerzen: Schmerzintensität auf einer Skala von 1 – 10 (1=schwach, 10=sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entstehung und seit wann?

Welche Behandlungen haben schon statt gefunden? Mit welchem Erfolg?

Was ist das Ziel der Behandlung?

Gibt/gab es Beschwerden im Bereich

	Ja	Nein	Welche?
Kopf/Ohren/Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hals/Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zähne/Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darm/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genitalorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskeln/Sehnen/Bänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstige

Frühere Krankheiten (insbesondere immer wieder kehrende):

Welche Medikamente nehmen Sie? (auch Verhütungsmittel, Blutverdünnungsmittel, Betablocker oder Psychopharmaka)

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Cortison genommen? Wie lange?

Haben Sie häufig (auch früher!) Antibiotika genommen?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, was?

Gibt/gab es in Ihrer Familie Erkrankungen (bitte unterstreichen oder ergänzen)?

Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Übergewicht, Diabetes, Krebs, Rheuma, Rücken- und Gelenkkrankheiten, psychische Erkrankungen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Kriegserlebnisse, Trauma oder Suizid

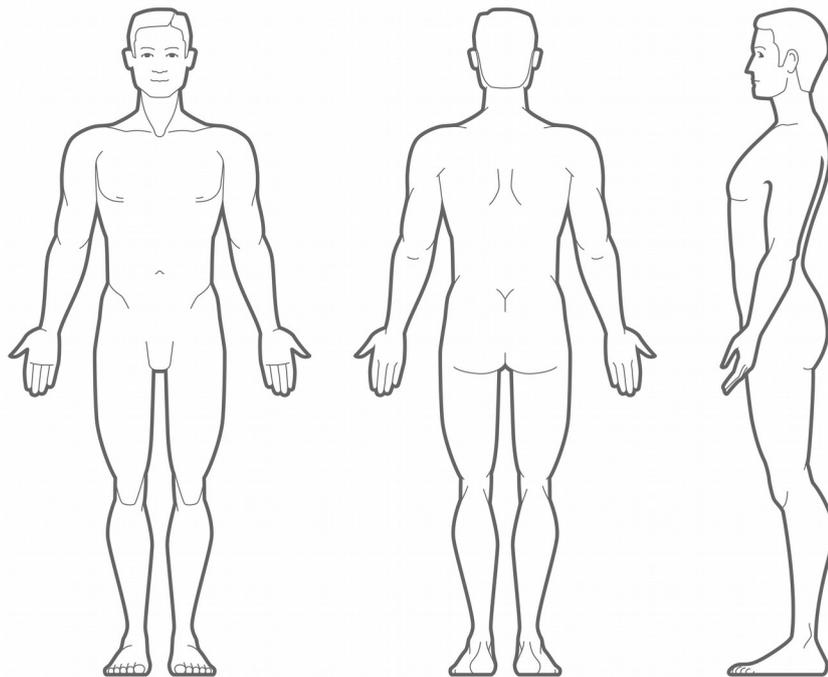
Sind Sie schon operiert worden? Was? Wann?

**Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Haben Sie eine Aufbiss-/Knirscherschiene?
Seit wann?**

Haben Sie Zahnfüllungen aus Amalgam oder Kunststoff? Gold- oder Keramikkrone?

**Gab es bei Ihnen Wurzelbehandlungen, haben Sie Implantate oder andere
Besonderheiten aus der Zahnheilkunde?**

Haben Sie Narben? Bitte möglichst genau einzeichnen (auch kleine und alte Narben).



Haben Sie Stress? Intensität auf einer Skala von 1 – 10 (1=wenig, 10=sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wenn ja, in welchem Lebensbereich? Seit wann? Gibt es einen konkreten Auslöser?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 – 10?
(1=gar nicht, 10=sehr gut)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Schlafbeschwerden? (z.B. Einschlaf-/Durchschlafbeschwerden)

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und was?

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? Wenn ja, welche?

Was für einen Beruf üben Sie aus und wie erleben Sie Ihr berufliches Umfeld?

Haben Sie genug Freizeit/Erholung?

Leben Sie in einer festen Partnerschaft/Ehe und wie erleben Sie diese?

Haben Sie Kinder (wie viele und Alter) und wie ist das Verhältnis zu ihnen? Gibt es besondere Probleme (schulisch, sozial)?

Gab es bei Ihnen Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche (wenn ja, wann?)?

Ernährung:

Wie sieht es mit Ihren Trinkgewohnheiten aus? Bitte unterstreichen:

- Ich trinke am Tag ausreichend/zu viel/zu wenig
- Ich habe öfter/gelegentlich/kein Durstgefühl
- Meine Haut ist trocken/altersgemäß elastisch
- Während der Arbeit trinke ich nicht genug/ausreichend/mehr Kaffee als Wasser

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

	0 = nie 1 = manchmal 2 = täglich 3 = mehrfach täglich			
Leitungswasser (wie viel?)				
Mineralwasser/Quellwasser (welches und wie viel?)				
Kaffee (wie viel Tassen?)	0	1	2	3
Tee (schwarz, grün, Kräuter; wie viele Tassen?)	0	1	2	3
Softdrinks (Cola, Spezi usw.)	0	1	2	3
Lightdrinks (mit Zuckerersatzstoffen)	0	1	2	3
Obstsäfte-/schorlen	0	1	2	3
Gemüsesäfte	0	1	2	3
selbst gepresste Obst- und Gemüsesäfte	0	1	2	3
Bier, Wein, Sekt	0	1	2	3
hochprozentiger Alkohol	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3

Wie ernähren Sie sich? Bitte unterstreichen bzw. ankreuzen:

Ausgewogen gesund, vollwertig, vegetarisch/vegan, Fast Food, Fertiggerichte, Kantine, kohlehydratreich, kohlehydratarm, Diäten.

Sonstige: _____

Essenszeiten: unregelmäßig, regelmäßig, bei Stress unausgewogen, Essen aus Langeweile/
bei starken Gefühlen

	0 = nie 1 = manchmal 2 = täglich 3 = mehrfach täglich			
Rohkost, Salate	0	1	2	3
Obst, frische Obstsäfte	0	1	2	3
Gemüse, frische Gemüsesäfte	0	1	2	3
Vollkornprodukte	0	1	2	3
Brot und Brotwaren	0	1	2	3
Fertiggerichte: Pizza, Hamburger, Ravioli, Lasagne usw.	0	1	2	3
Nudelgerichte, z.B. Spaghetti	0	1	2	3
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	0	1	2	3
Frittiertes, Paniertes (z.B. Pommes, Fischstäbchen)	0	1	2	3
Wurst, Geräuchertes	0	1	2	3
Fleisch	0	1	2	3
Fisch	0	1	2	3
Süßigkeiten	0	1	2	3
Fastfood	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3

Kindheit und Ursprungsfamilie: (Je nach Beschwerden möglicherweise wichtig, um die Ursache einzugrenzen.)

Wie verlief die Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen, wie war Ihre Geburt?

Gab es während der Schwangerschaft mit Ihnen gravierende Ereignisse im Leben Ihrer Familie (Todesfälle, finanzielle Probleme, Gewalterfahrungen usw.)?

Haben Sie Geschwister? (wie viele, Geschlecht und Altersabstand)

Wie war das Verhältnis zu Ihrer Mutter während Kindheit und Jugend?

Wie war das Verhältnis zu Ihrem Vater während Kindheit und Jugend?

Wie haben sich Ihre Eltern während Ihrer Kindheit und Jugend verstanden?

Gab es weitere Bezugspersonen, die einen prägenden Einfluss auf Sie hatten?

Was waren die gravierenden oder intensivsten Ereignisse (z.B. Verluste, Krankheiten, Trennung Eltern...) in den ersten 5 Lebensjahren (mit Altersangabe)?

Was waren gravierende, bestimmende oder lebensverändernde Ereignisse danach?

Gab es im Kindergarten oder in der Schule Ereignisse oder Erlebnisse, die Sie als besonders positiv oder negativ empfanden?

Was möchten Sie mir noch mitteilen?

Was würden Sie gerne tun, wenn Sie sich 100%ig gesund, fit und vital fühlten?

Datum

Unterschrift