Anamnesefragebogen

Angaben zu Ihrer Person:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Angaben zur Krankenversicherung:

Wo versichert: _____

Hauptversicherter: _____

Angaben zur Familie

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

_____

_____

Litten bzw. leiden Ihre Eltern an irgendwelchen Krankheiten?

_____

_____

_____

Gesundheitshistorie

Leiden Sie an Erbkrankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, um welche Krankheit handelt es sich?

_____

_____

Impfungen (Bitte bringen Sie den Impfausweis zum ersten Besuch mit)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Leiden Sie unter Hautproblemen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Hatten Sie irgendwelche Unfälle in der Vergangenheit?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Haben Sie körperliche Narben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wo?

_____

_____

_____

Wie ernähren Sie sich (z.B.: vegetarisch, vollwertig, Mischkost, etc.)?

_____

_____

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich und was?

_____

_____

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

Befinden sich Implantate in Ihrem Körper (Gelenke, Netze, Schrauben, Klammern, etc.)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und aus welchem Material?

_____

_____

_____

Bitte beschreiben Sie Ihren Zahnstatus (tote Zähne? Implantate? Brücken? Kronen? Teilkronen? Jeweiliges Material)?

_____

_____

_____

Einnahme Medikamente/andere Substanzen?

Medikamente

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie und welche?

_____

_____

_____

Alkohol

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welchen und wie viel täglich?

_____

_____

Tabak

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel?

_____

_____

Andere Rauschmittel?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie viel?

_____

_____

Verdauung, Stuhlgang, Harndrang

Wie oft/regelmäßig haben Sie Stuhlgang?

_____

_____

Ist Ihr Stuhlgang eher hart oder weich? Welche Farbe hat er?

_____

_____

Leiden Sie unter Durchfall, Verstopfungen, Blähungen? Wenn ja, bitte erläutern Sie diese näher.

_____

_____

_____

Leiden Sie unter Harndrang? Oft, selten, auch nachts?

_____

_____

Schlaf

Bitte beschreiben Sie Ihren Schlaf. Ist er tief oder eher leicht? Schlafen Sie durch, wenn nicht, wann wachen Sie nachts auf und wie lange liegen Sie wach? Fühlen Sie sich morgens fit oder wie gerädert?

_____

_____

_____

Momentanes Beschwerdebild

Bitte schildern Sie die Symptome, weswegen Sie bei mir sind.

_____

_____

_____

_____

Wann traten diese Symptome gefühlt das erste Mal auf?

_____

_____

_____

Vielen Dank!