

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken ihn mir eine Woche vor der Erstbehandlung zu.

Vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Blutgruppe: _____

Haarfarbe: _____

Augenfarbe: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Religion: _____

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingsgeschmack: _____

Lieblingsjahreszeit/-Wetter: _____

Was ist Ihr Hauptanliegen, welche Beschwerden haben Sie oder wollen Sie präventiv zu mir kommen?

Aktuelle Beschwerden und Symptome, leicht/mittel/stark und seit wann:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Fand ein Ereignis zuvor statt? (Tage, bis zu einem halben Jahr oder sogar länger) z.B. Zeckenbiss, Impfung, Zahnbehandlung, Trauerfall, Schwangerschaft/Geburt, schwere Erkrankung, Operation, Grippe, Unfall, große seel. Belastung/Konflikte.)

Medikamente (auch Vitamine, Schüsslersalze, Phytotherapie etc.), seit wann und wie häufig:

Aktuelleres Blutbild, Untersuchungsergebnisse:

Zahnfüllungen, Wurzelbehandlung, Kronen, Implantate, Inlay, Brücke:

Welche Materialien und Metalle wurden verwendet? Fand eine Entfernung von Amalgam statt?

Bitte auch den jeweiligen Zahn angeben:

Ansicht von vorne																
rechts/oben									links/oben							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
rechts/unten									links/unten							

Wichtige frühere Erkrankungen, Kinderkrankheiten, Brüche, Impfungen oder Operationen:

Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Unverträglichkeiten:

Verdauung: Stuhlgang, wie oft, Form, Farbe, schmerzhaft?

Blähungen?	_____
Wasserlassen, auch nachts, schmerzhaft?	_____
Nierenschmerzen/-steine?	_____
Prostatabeschwerden?	_____
Schwitzen?	_____
Schlaf?	_____
Ödeme?	_____
Appetit?	_____
Übelkeit, Brechreiz?	_____
Aufstoßen/Sodbrennen vor/nach dem Essen?	_____
Magenschmerzen?	_____
Bauchschmerzen, wo?	_____
Krämpfe?	_____
Verspannungen/können Sie entspannen?	_____
Unruhe?	_____
Müdigkeit/Erschöpfung oder fühlen Sie sich vital?	_____
Migräne/Kopfschmerzen, wo, wie häufig und wie fühlt er sich an?	_____
Lichtempfindlichkeit?	_____
Schwindel?	_____
Tinnitus/Ohrensausen, wie ist der Ton, wie oft?	_____
Mobilfunk, Funkuhr, auch in der Nacht angeschaltet?	_____
Dunkle Ringe unter den Augen?	_____
Bindehautentzündung?	_____
Halskratzen/Räuspern?	_____
Husten/Reizhusten?	_____
Asthma, Atemnot, Kurzatmigkeit?	_____
Herpes?	_____
Zahnfleischbluten?	_____
Nasenbluten?	_____
Nebenhöhlenentzündung?	_____
Schilddrüse/Hashimoto/Basedow?	_____
Panikattacken?	_____
Herzrasen/Herzrhythmusstörung?	_____
Herz- Kreislaufbeschwerden?	_____
Blutdruck, hoch/niedrig?	_____
Kribbeln/Taubheitsgefühl/Zittern?	_____
Diabetes I oder II?	_____
Gelenk-/Rücken-/Schulter- Nackenschmerzen?	_____
Frieren, kalte Hände und/oder Füße?	_____
Hitzegefühl?	_____
Haarausfall/trockenes/fettiges Haar?	_____
Hauterkrankungen/Pickel/Furunkel?	_____
Trockene Haut, Hornhaut?	_____
Plötzliche Gewichtszunahme oder -abnahme?	_____
Erste Menstruation?	_____
Letzte Menstruation?	_____
Zyklus, Farbe, Menge?	_____
Pille/Spirale oder andere Verhütungsmittel, seit wann?	_____
schmerzhafte Mens?	_____
Ausfluss, Farbe?	_____
Libidoverlust, seit wann?	_____
Sport/Bewegung, wie häufig?	_____

- Umweltgifte/Störfelder wo, wie häufig? _____
- Arbeit? _____
- Kosmetik/Cremes/Seifen/Haarfärbemittel? _____
- Schrauben/Implantate/künstliche Gelenke, Herzschrittmacher? _____
- Narben, wenn ja und an welcher Stelle? _____
- Reagieren Ihre Narben, Fremdkörper auf Wetterwechsel? _____
- Desinfektionsmittel? _____
- Weichmacher/Weichspüler? _____
- Nagellack? _____
- Welche Zahnpasta nutzen Sie? _____
- Klebstoffe/Lösungsmittel? _____
- Herbizide/Fungizide/Pestizide? _____

Genussmittel, seit wann, wie viel/Woche (Alkohol, Zigaretten, Drogen, Süßes, Schokolade):

Wie sieht Ihr typisches Frühstück aus?

Wie sieht Ihr Mittagessen aus?

(regelmäßig, warm, Fast Food, Kantine, Selbstgekochtes, Anteile von Gemüse, Obst, Salat, Kohlenhydraten)

Wann und was essen Sie zum Abendbrot?

Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes, Saures oder Salziges?

Nehmen Sie regelmäßig Zwischenmahlzeiten ein und was?

Wie viel und was trinken Sie am Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel, Öle, Vitamine, Mineralien und Spurenelemente zu sich?
