



Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: Gewicht:

Kinder: Schwangerschaften:

Augen: Brille Kontaktlinsen gelasert

.....

Ohren: Schwerhörigkeit / Hörgerät Tinnitus / Geräusche Hörsturz

.....

Nase: Operation Nebenhöhlen Scheidewand

.....

Mandeln: Operation häufig entzündet Angina

.....

Zähne: knirschen / Schiene Zahnfleischbluten /-entzündung

Füllungen: Amalgam noch vorhanden Stck

entfernt mit Ausleitung

entfernt ohne Ausleitung

.....

siehe extra Blatt Zahnstatus für Füllungen etc.

Füße: Einlagen

.....

Schilddrüse: Über- / Unterfunktion Struma Knoten (heiße/kalte)

.....

sonstiges: Raucher Alkoholkonsum: x wöchentlich

.....

.....

.....

.....



Impfungen: Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Bitte Kopie d. Impfpass mitbringen)

- Cholera, Diphtherie, FSME (Zecken), Gelbfieber,
- Grippe, Hepatitis, Hib (Hämoph. influenzae Typ B),
- HPV (Humanes Papillomvirus), Influenza, Keuchhusten
- Meningokokken, MMR (Masern, Mumps, Röteln), (Pertussis)
- Pneumokokken, Pocken, Poliomyelitis (Kinderlähmung),
- Rotaviren, Tetanus, Tuberkulose (BCG),
- Varizellen (Windpocken) sonstige

.....

Reaktionen:

.....

.....

Kinderkrankheiten:

- Masern Mumps Röteln
- Keuchhusten Scharlach Windpocken
- Kinderlähmung (Polio)

.....

Infektions-
Erkrankungen:

- Borelliose Gonorrhoe (Tripper) Malaria
- Pfeiffersches Drüsenfieber Salmonellose Sepsis
- Syphilis Tropenkrankheiten Tetanus

.....

Unfälle /
Folgeschäden:

.....

.....

Krankenhaus-
aufenthalt:

.....

.....

Operationen:

.....

.....

zusätzliche / chronische

Erkrankung:

- Blutdruck (hoch/niedrig)/.....mmHg Diabetes I / II
- Fettstoffwechselstörung Insulinresistenz Gicht
- Kopfschmerzen / Migräne Osteoporose Rheuma
- Rückenschmerzen Schmerzen Steinleiden

.....

.....

.....

.....



.....
.....
.....
.....
.....

bisherige Krankengeschichte,
chronologisch: (was war kurz vor dem Auftreten der jeweiligen Beschwerden?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

wurden Krankheiten
mit Antibiotika /
Kortison behandelt?

.....
.....
.....



Essverhalten: (Bringen Sie bitte eine kurze Auflistung / Protokoll über 3 Tage Ihrer durchschnittlichen Ernährung mit)

Kohlenhydratreich %-Anteil d. Ernährung.....
Vollkorn / Getreide / Auszugsmehle / Reis / Nudeln / Kartoffeln
Gemüse / Obst / Süßigkeiten

Fettreich %-Anteil d. Ernährung.....
gesättigt / ungesättigt / Transfette

Proteinreich %-Anteil d. Ernährung.....
Fleisch / Fisch / Milchprodukte / Samen

Sonstiges: (Appetit, Unverträglichkeiten, Beschwerden, Vorlieben, Abneigungen)

.....
.....

Ernährungsrichtlinien?

Mischkost vegetarisch vegan
 Rohkost LOGI Vollwertkost
 Trennkost intermitt. Fasten sonstige

.....
.....

Trinkverhalten:
tägl. in Litern

gesamt Wasser Tee
 Kaffee Limo/Cola Saft.....
 Bier Wein

Sport, Bewegung:

Art:

Häufigkeit:

.....
.....

Allgemein:

Hände und Füße

warm kalt

Haut und Haare

Akne Aphthen Ekzem/Ausschlag * Erythem
 Erysipel (Wundrose) Hämangion (Blutschwamm)
 Lipom (Fettgeschwulst) Schuppenflechte Warze

.....
 Haarausfall Art / seit wann:.....

* Bitte separaten Anamnesebogen Ekzeme herunterladen und ausfüllen



Schwitzen Stark nachts

Schlaf erholsam Einschlafstörung Durchschlafstörung

aufwachen / wann?

Gewicht: stabil schwankend Zu- / Abnahme

Stuhlgang: regelmäßig: ja nein wie oft: x die Woche

Konsistenz: Geruch:

Farbe: Probleme:

Verhütungsmittel: Ja Nein

Welche:.....

Stress:

.....

.....

.....

.....

Familien- (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

Erkrankungen: Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Krebs
 Diabetes Typ Fettstoffwechselstörung Gicht
 Steinleiden Hauterkrankungen Allergien
 Tuberkulose Multiple Sklerose Asthma
 Depression Selbstmord Epilepsie
 Rheuma sonstige

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Zahnstatus:

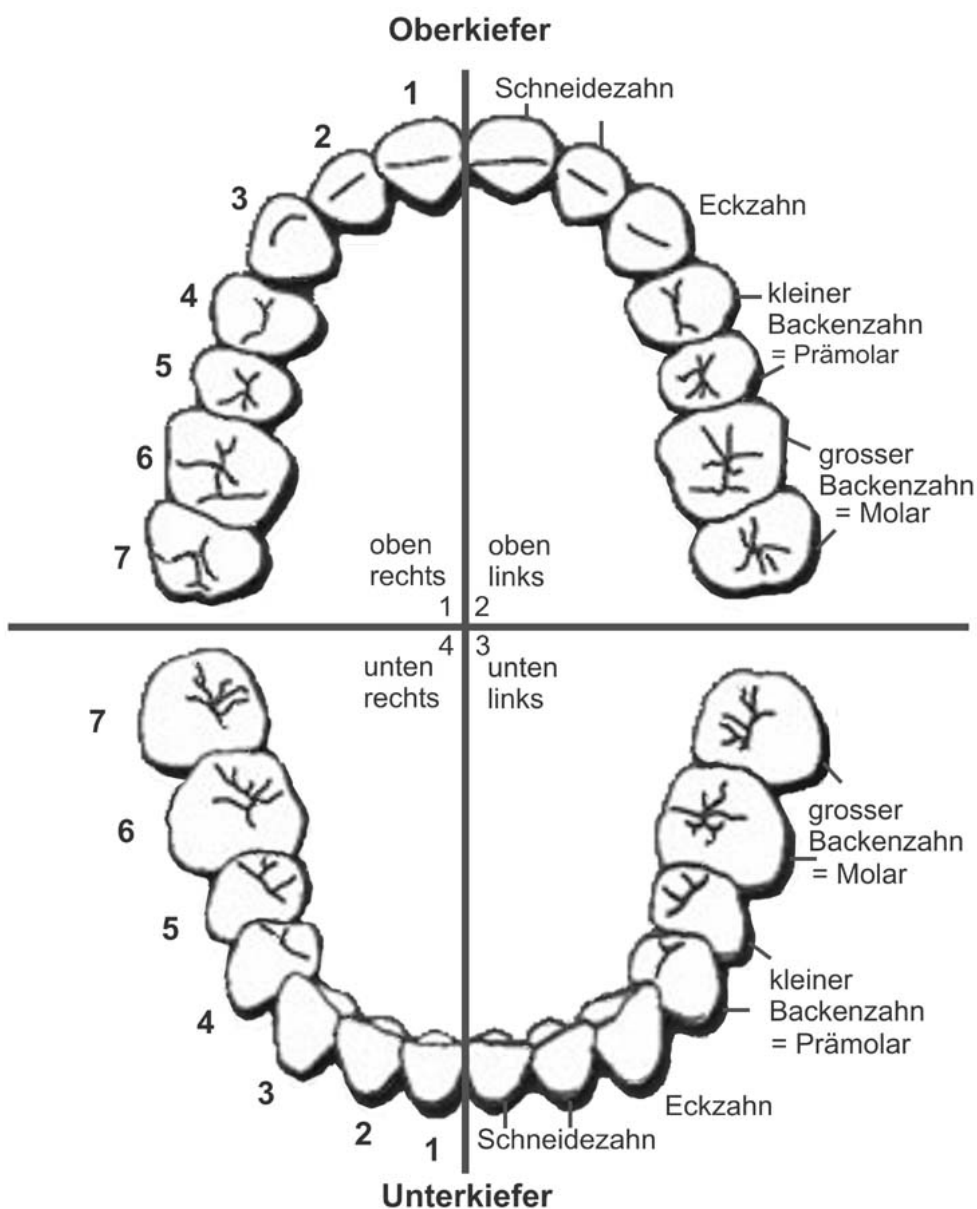
(ist eine Panoramaaufnahme des Kiefers vorhanden?)

Bitte tragen Sie Beschwerden, behandelte und entfernte Zähne ein oder lassen es von Ihrem Zahnarzt eintragen.

W - Wurzel behandelt
F - Füllung
B - Brücke

T - toter Zahn
I - Inlay
(Material?)

K - Krone
II - Implantat



Weisheitszähne:

18 - oben rechts:

28 - oben links:

48 - unten rechts:

38 - unten links: