

Anamnesebogen

Name

Adresse

Familienstand

Beruf

Versicherung

Anliegen des Praxis Besuches

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviele/Tag?

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, was? Wieviel?

Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Auch Spirale, Pille, Hormonstäbchen...Nahrungsergänzungsmittel)

Welche Impfungen haben Sie? Wie wurden diese vertragen?

Erkrankungen in Ihrem Leben (bitte chronologisch Auflisten, nehmen Sie ein separates Blatt dafür)

Bitte denken Sie auch an evtl. Geschlechtskrankungen

Operationen? (Bei Frauen auch Entbindungen, Kaiserschnitte, Abort....)

Stürze? Z.B. Sturz auf das Steißbein?

Narben? Tätowierungen/ Piercing? Wo?

Wie ist die Wundheilung?

Haben sie eine Fehlsichtigkeit? Ja Nein

Zahnstatus? Wieviele Zähne sind gefüllt und mit welchem Material?

Wurzelbehandlung/-spitzenresektion?

Wieviele Zähne fehlen?

Implantate?

Parodontose oder entzündliches Zahnfleisch?

Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie eher ein frösteliger oder hitziger Mensch? (zutreffendes einkreisen)

Schwitzen Sie stark? Ja Nein wenn ja, wo?

Benutzen Sie Körperlotion/Cremes/Deodorant/Parfüm/Dusch- oder Badezusätze/Shampoo/Rasierschaum oder sonstige Produkte, die über die Haut in den Körper gelangen?

Welche und wie oft?

Ist Ihre Verdauung regelmäßig (wie oft/Tag/Woche)
unregelmäßig (wie oft/Tag/Woche)

Haben Sie gehäuft Blähungen? Ja Nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? Ja Nein

Neigen Sie zu geschwollenen Füßen, Beinen, etc.? Ja Nein

Wenn ja, welche Bereiche und wann:

Wie ist Ihr Ess- und Trinkverhalten? (Wie oft/wieviel/was?)

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen und wie oft/Woche:

Was können Sie über Ihren Schlaf sagen? (zutreffendes bitte umkreisen)

Einschlafprobleme Gedankenandrang oft wach keine Träume Alpträume
ausgeschlafen/unausgeschlafen noch müde fit und munter unruhige Beine
schwitzen bin am Morgen wie gerädert Nachts essen Nachts trinken
wasserlassen schnarchen ruhiger Schlaf Zähneknirschen
lebendige Träume unruhig

Wieviele Stunden pro Nacht schlafen Sie?

Welche Schlafposition?

Haben Sie elektrische Geräte im Schlafzimmer? Welche?

Herzprobleme? Ja Nein

Welche?

Wie geht es Ihnen aktuell?

Körperlich

Psychisch

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein

Wo/wann/wie lange?

Haben Sie Schmerzen am Körper? Ja Nein

Wo?

Körper Status:

1. Gewicht/Größe

5. Becken

2. Kopf/Hals/Struma?

6. Beine/Knie

3. Schulter/Arme /Hände

7. Füße

4. WS

8. Haut