

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,
in unserer Praxis ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Praxis für Gesundheit

Manuela Knorr

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Telefon

Beruf

Email

1. Ihre momentanen Beschwerden, weshalb kommen Sie zu uns?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Masern

Röteln

Windpocken

Mumps

Scharlach

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Blinddarm

Mandeln

Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

Heuschnupfen

Tierhaare

Hausstaub

Penicillin

Lidocain

Acetylsalicylsäure

Pollen

Milben

(z.B. Aspirin)

Metalle

Nahrungsmittel, bitte nennen:

Sonstige Allergien, bitte nennen:

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

Bluthochdruck	Diabetes	Fettstoffwechselstörung
Herzinfarkt	Asthma	Lungenerkrankung
Erbkrankheiten	Krebs	Sonstige

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung

regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist Ihr Schlafverhalten? _____

(Ein-, Durchschlafen)

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

Bluthochdruck

Diabetes

Magenerkrankung

Tumorerkrankung

Nierenerkrankung

Hautkrankheit

Rheuma

Asthma

Herzerkrankungen

Depression

Gicht

Fettstoffwechselstörung

Lebererkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Gallensteine

Sonstige Erkrankungen _____

(chronisch)

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

Amalgam	Amalgam entfernt	Kunststoff
Gold	Keramik	
Weisheitszähne vorhanden?	ja	nein
Implantate	ja	nein

14. Wie ist ihre Verdauung?

Völlegefühl n.d. Essen	Vermehrt Blähungen	Verstopfung
Sodbrennen	Vermehrt Aufstoßen	Hämorrhoiden
Gastritis	Helicobacter Pylori	Durchfall
Magengeschwür	Appetitlosigkeit	Stuhlgang täglich
Stuhlgang alle 2-3 Tage		

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild auffällig? Bitte mitbringen.

16. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Datum, Unterschrift _____