

Anamnesebogen

Name:	Vorname:	geb.:
PLZ, Ort:	Straße, Nr.:	Telefon: Handy:
Beruf (Branche):	Familienstand	Fax: Email:
Größe:	Gewicht:	Blutgruppe:
Blutdruck:	regelmäßige Medikamente:	
Bitte geben Sie Namen und Geburtsdaten Ihrer Kinder an:		

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für diesen Termin:

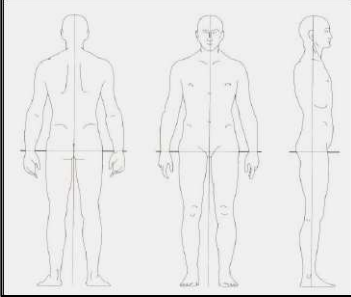
Was ist Ihr Wunsch an mich – was ist Ihr Ziel?

Arbeiten Sie oder arbeiteten Sie mit toxischen (giftigen) Substanzen? nein ja, z.B.:

Haben oder hatten Sie: (bitte geben Sie den Zeitraum an, damit ich die einzelnen Beschwerden in einen Zusammenhang bringen kann)

<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Herzstiche	<input type="checkbox"/> Herzdruck
<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Rippenfellergeruß
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Magenschmerzen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/> Hautleiden
<input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> sensible Haut	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> Gürtelrose (wo?)	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Typhus, Paratyphus, Ruhr	<input type="checkbox"/> grünen Star, Glaukom	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose	<input type="checkbox"/> Magengeschwüre
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Anamnesebogen

Wurden Sie schon einmal operiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> am Blinddarm <input type="checkbox"/> an den Mandeln <input type="checkbox"/> an/ am:	Gab es Komplikationen bei einer Operation? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Wie verheilen Ihre Narben? <input type="checkbox"/> problemlos <input type="checkbox"/> mit Heilungsstörungen <input type="checkbox"/> mit Restbelastungen im Narbengebiet (bitte markieren Sie Ihre Narben in der Skizze)	Wo haben Sie seit wann (Jahreszahl): <input type="checkbox"/> Operationsnarben <input type="checkbox"/> Stichnarben <input type="checkbox"/> Brandnarben <input type="checkbox"/> sonstige Narben 
Hatten Sie Unfälle? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Schleudertrauma <input type="checkbox"/> mit Gehirnerschütterung Wann?	Haben Sie Beschwerden durch einen Unfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form von:

Sind Ihnen aus Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Tuberkulose, Krebs, Suchtkrankheiten, ...)?	
Vater:	Mutter:
Brüder:	Schwestern:
Großeltern:	Verwandte 1. Grades:

Gab es während <u>Ihrer</u> Schwangerschaft Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
--	--

Anamnesebogen

Gab es Probleme bei <u>Ihrer</u> Geburt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Wurden Sie gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Monate
Gab es im Baby-, Kleinkindalter besondere Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> hohe Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Sind Sie geimpft (bitte Impfpass mitbringen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	

Wie häufig sind Sie beim Zahnarzt? <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> längere Abstände	Weisheitszähne? <input type="checkbox"/> noch nicht entfernt es fehlt: <input type="checkbox"/> unten rechts <input type="checkbox"/> oben links <input type="checkbox"/> oben rechts <input type="checkbox"/> unten links
gab es Probleme beim Entfernen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil	Bereitet Ihnen das Entfernen von Zähnen folgende Schwierigkeiten: <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen <input type="checkbox"/> starke Schmerzen <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Sonstiges
Fehlen Ihnen außerdem noch Zähne? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende	Haben Sie tote Zähne? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende
Haben Sie Amalgamfüllungen? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ... Füllungen insgesamt: in den Schneidezähnen, in den Eckzähnen in den Backenzähnen, in den Weisheitszähnen	Wann bekamen Sie die 1. Amalgamfüllung?
Wurde Ihr Amalgam entfernt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Wie lange dauerte die Amalgamsanierung? von bis
Gab es Probleme bei der o.g. Sanierung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende	Wurde eine Begleittherapie durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende

Anamnesebogen

Haben Sie Zahnschmerzen ohne für den Zahnarzt ersichtlichen Grund? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Wo? – beschreiben Sie den Schmerz!)	Wurde Ihr Kiefer schon einmal bissreguliert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Haben Sie (bitte mit Materialangabe): <input type="checkbox"/> Goldkronen <input type="checkbox"/> Goldinlays <input type="checkbox"/> Brückenkonstruktionen <input type="checkbox"/> Inlays	Könnten Sie mir Ihr letztes Zahn-Röntgenbild Ihres Zahnarztes überlassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusatzfragen für Männer: Haben oder hatten Sie schon einmal eine <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung oder <input type="checkbox"/> sonst eine Erkrankung im kleinen Becken, der <input type="checkbox"/> ableitenden Samengänge oder <input type="checkbox"/> Harnleiter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Jahre Bitte beschreiben Sie die Krankheit genauer:
--

Neigen oder neigten Sie zu:		
<input type="checkbox"/> Bronchitiden	im Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Herpesbläschen	wie oft:	<input type="checkbox"/> an den Lippen <input type="checkbox"/> im Genitalbereich
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	wie oft:	<input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> im Stirnbereich <input type="checkbox"/> im Schläfenbereich
	im Zusammenhang	<input type="checkbox"/> mit Stress <input type="checkbox"/> am Wochenende <input type="checkbox"/> mit der Periode
<input type="checkbox"/> Migräne	Uhrzeit:	Was tun Sie dagegen? Was passiert, wenn Sie nichts tun?
<input type="checkbox"/> Mandelentzündung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Infekten		<input type="checkbox"/> mehr bakteriell <input type="checkbox"/> mehr durch Viren <input type="checkbox"/> Infekte enden mit eitrigem Ausschnauben, dass ... Tage anhält
<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung		<input type="checkbox"/> Druckgefühl im Wangenbereich <input type="checkbox"/> Druckgefühl im Stirnbereich <input type="checkbox"/> habe öfter das Gefühl, etwas runterschlucken zu müssen
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	Stuhlgang ...-mal am Tag	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> sehr dunklen Stuhl <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> saures Aufstoßen

Anamnesebogen

<input type="checkbox"/> allergischen Reaktionen	Zeitraum in Kalendermonaten: von bis	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen, dabei <input type="checkbox"/> sind die Augen befallen <input type="checkbox"/> trat Atemnot auf
		<input type="checkbox"/> der Haut, Symptome

Bitte ergänzen Sie:

Diese Nahrungsmittel vertrage ich schlecht:

Diese Nahrungsmittel sind mir zuwider:

Ich habe oft/ ständig Heißhunger auf:

Auf diese Nahrungsmittel reagiere ich allergisch mit den Symptomen:

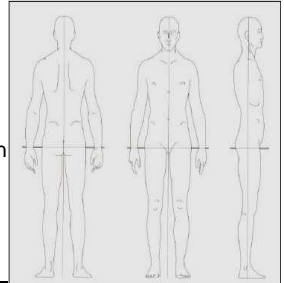
<input type="checkbox"/> meine Leberbefunde waren auffällig:	<input type="checkbox"/> im Jahre <input type="checkbox"/> sind normal seit
<input type="checkbox"/> ich habe Leberstiche regelmäßig:	um Uhr
<input type="checkbox"/> ich habe Gallenblasenstiche regelmäßig:	um Uhr

Schlafrhythmus – übliches Zubettgehen, übliches Aufstehen**Schlaf:** Schlaflosigkeit, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Zähneknirschen, Nachtschweiß, Unruhe in den Beinen, heiße Füße ich wache nachts oft zu diesen Uhrzeiten auf: wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich: erholt, ausgeruht, zerschlagen, erschöpft, schwerfällig, sonstiges

Haben Sie viel Bewegung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Welche Sportarten betreiben Sie?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> und zwar ...-mal in der Woche

Anamnesebogen

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat?	<input type="checkbox"/> an der Wirbelsäule <input type="checkbox"/> an den Gelenken <input type="checkbox"/> an der Hüfte																				
Leiden Sie unter Schmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> selten, <input type="checkbox"/> täglich, <input type="checkbox"/> wöchentlich, <input type="checkbox"/> monatlich																				
Schmerzskala für den Hauptschmerz: <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">schwach</td> <td colspan="4">mittel</td> <td colspan="4">sehr stark</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	schwach		mittel				sehr stark				Wo treten Schmerzen auf: Kreuz – punktförmiger Schmerz Linie – unklare Schmerzlokalisation Pfeil – ausstrahlender Schmerz Bitte kennzeichnen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
schwach		mittel				sehr stark															
Wie ist das Schmerzempfinden: ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, reißend, kolikartig, krampfartig, dumpf, beengend, bohrend	Welche Ereignisse verschlechtern? Körperliche Belastung, langes Stehen, sitzen, gehen, Kälte, Wärme, Streß, Husten, Niesen, Nahrungsmittel, Wetterlage, Tageszeit, Monatsblutung, Sonstiges																				
Welche Ereignisse verbessern: Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Urlaub, Schmerzmittel, Sonstiges	Leiden Sie unter Kopfschmerzen - <input type="checkbox"/> nein , <input type="checkbox"/> ja : Häufig, selten, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig, Stirn, Augen, Schläfen, Hinterkopf																				



Zusatzfragen für Frauen:	
Hatten Sie weitere Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Zeitangabe)
Wie verkräfteten Sie die Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Konnten Sie stillen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange stillten Sie?	
Erholten Sie sich schnell von der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie regelmäßig Ihre Regel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Regelbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, und zwar
Gibt es zyklisch wiederkehrende Auffälligkeiten während der Periode?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Wie alt waren Sie bei der ersten Regel? Jahre alt
Wie alt waren Sie bei der letzten Regel? Jahre alt
Haben Sie klimakterische Erscheinungen (Wechseljahresbeschwerden)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Nehmen Sie Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar

Anamnesebogen

Nehmen Sie die Pille? wenn ja, welche (Präparatename)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, das erste Mal mit Jahren <input type="checkbox"/> ja, das letzte Mal mit Jahren
Tragen Sie die Spirale?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
Hatten Sie früher einmal eine Spirale?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	
Wie viel Liter trinken Sie pro Tag?	Was trinken Sie?
Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fühlen Sie sich häufig einsam? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fühlen Sie sich häufig unzufrieden (mit Haushalt, Beruf, Umfeld) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nehmen oder nahmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gab es in Ihrem Leben eine außergewöhnliche seelische Belastung (z.B. Scheidung, Tod eines Angehörigen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Waren oder sind Sie in psychologischer Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis	

Vielen Dank für Ihre Mühe und Geduld bei der Beantwortung dieses umfangreichen Fragebogens. Je genauer Sie die Zeitangaben gemacht haben, desto besser kann ich die Kausalitäten Ihrer Erkrankung erkennen und mir ein genaues Bild machen, welche Wechselwirkungen in Ihrem Organismus aufgetreten sind, ohne Sie bisher untersucht zu haben.

Bei unserem Erstuntersuchungstermin werden Sie merken, wie sehr Sie mich mit Ihrer Beteiligung unterstützt haben.