

Anamnesebogen

Liebe (zukünftige) Patienten,

um den für Ihre bestmögliche Behandlung notwendigen Anamneseprozess vor Ort etwas abzukürzen und damit mehr Zeit für den körperlichen Befund und Ihre erste Behandlung zu haben, würde ich Sie bitten, vorab diesen Anamnesebogen auszufüllen. Sollten Sie zu dem einen oder anderen Punkt keine Antwort wissen, lassen Sie ihn einfach frei...

NAME

GEBURTSDATUM

.....

ADRESSE

.....

TELEFON

EMAIL

.....

BERUF

HOBBY/ SPORT

.....

WO SIND SIE KRANKENVERSICHERT ?

.....

GIBT ES EINE HEILPRAKTIKERVERSICHERUNG ?

JA

NEIN

.....

GESUNDHEITLICHE VORBELASTUNGEN

.....

.....

.....

NEIGEN SIE ZU BESTIMMTEN WIEDERKEHRENDEN REAKTIONSMUSTERN, WIE Z.B. BLASENENTZÜNDUNGEN, STIRNHÖHLENVEREITERUNGEN, HERPES, MIGRÄNE, ETC ?

.....

.....

.....

.....

.....

Aktuelle Beschwerden

WELCHE BESCHWERDEN FÜHREN SIE ZU MIR ?

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

WIE STARK SIND DIE BESCHWERDEN ?

(schwach) **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (maximaler Schmerz)

WIE ÄUßERN SICH DIE BESCHWERDEN ? (WO, WANN, WIE LANGE, ZIEHEND, STECHEND)

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

WELCHE KÖRPERHALTUNG/ BEWEGUNG VERSTÄRKT DIE BESCHWERDEN ?

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

WELCHE KÖRPERHALTUNG LINDERT DIE BESCHWERDEN ?

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

WAREN SIE WEGEN DIESER BESCHWERDEN SCHON IN BEHANDLUNG ?

Nein

Ja, bei :

Wie wurde/ wird therapiert ?

.....
.....

GIBT ES AKTUELLE MRT-/ CT-/ RÖNTGENAUFNAHMEN

.....
.....

Allgemeine Angaben



SIND SIE ZUR ZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

- Nein
- Ja, aufgrund :

.....

.....

.....

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE ?

.....

.....

.....

.....

WAREN SIE IN LETZTER ZEIT IN ZAHNÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

.....

.....

.....

HATTEN SIE EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG ?

- Nein
- Ja, im Alter vonJahren, für.....Jahre.

HABEN SIE KINDER ?

.....

Für Frauen: Wie waren die Schwangerschaften und Entbindungen?

.....

.....

.....

.....

AN WELCHE VERLETZUNGEN/ STÜRZE/ UNFÄLLE ERINNERN SIE SICH ?

.....

.....

.....

.....

GAB ES IN DER VERGANGENHEIT OPERATIONEN ? (WELCHE, WANN?)

.....

.....

.....

.....

.....

SIND SIE ZUR ZEIT BESONDEREN BELASTUNGEN AUSGESETZT ?

.....

.....

.....

.....

.....

KÖNNEN SIE EIN THERAPIEZIEL FORMULIEREN ? WAS ERHOFFEN SIE SICH ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....