

Anamnesebogen:

Name: _____ **geb.:** _____ **Datum:** _____
Straße: _____ **Ort:** _____

Um die Befundung und Therapie möglichst effektiv gestalten zu können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte geben Sie keine „Diagnosen“ an, sondern schildern Sie Ihre Probleme, wie Sie diese empfinden bzw. wie sie entstanden sind. Nur mit Ihrer aktiven Mitarbeit können wir erfolgreich sein!

Welche Beschwerden stehen aktuell im Vordergrund?

Angaben zur Vorgeschichte:

Derzeitige Behandlung der aktuellen Beschwerden (seit wann?, Medikamente?):

1. Appetit/Essgewohnheiten:

Genussmittel (Menge): _____ **Kaffee/Tee** _____ **Alkohol** _____ **Nikotin** _____

Mundgeschmack/-geruch, trockener Mund, Zahnfleischbluten: _____

Schmerzen am Rippenbogen: _____ **Völlegefühl vor/nach dem Essen:** _____

Durst/Trinkverhalten: _____

Übelkeit/Erbrechen: _____ **Aufstoßen/Sodbrennen:** _____

Blähungen/Winde: _____

2. Stuhlgang:

wie häufig: _____ **Blut/Schleim:** _____

Unverdautes: _____ **Konsistenz normal/dünn/fest:** _____

3. Wasserlassen:

Wie oft nächtl. Wasserlassen: _____ **Plötzlicher Harndrang:** _____

Inkontinenz: _____

4. Zyklus/Regelblutung:

Zyklusdauer: ____ Tage

Blutungsdauer: ____ Tage

Beschwerden im Zusammenhang mit der Blutung:

Schwangerschaften (Komplikationen, Geburtsprobleme):

Schwitzen (wann? Wo? Qualität des Schweißes?):

5. Schlafverhalten/-qualität:

Dauer:

Qualität:

Müdigkeit tagüber:

essensabhängige Müdigkeit:

6. Temperaturempfinden:

(Hitze-,Kältegefühl, Frösteln,usw):

7. Psyche:

Belastendes:

Reizbarkeit/Wut

Ängste/Panikzustände

Nein-sagen fällt schwer

8. Wetterfühligkeit:

9. Familienanamnese:

10: Infektanfälligkeit (welcher? wie oft? Dauer? Fieber? usw.)?

11. Kinderkrankheiten:

12. Impfungen:

Welche in den letzten 5J.:

Impfreaktionen?

13. Allergien:

14. Aktuelle Medikamente:

15. Belastungen im häusl. Umfeld (Schimmelpilze, Feuchtigkeit, Lärm, elektromag. Störfelder):

16. Umweltbelastungen (Insektizide, Pestizide, Abgase):

17. Zähne:

Material Füllungen:

Wurzelfüllungen?

Fehlende Zähne?

18. Sonstiges: