



Anamnesebogen

1. Aktuelle Beschwerden und Symptome/Grund Ihres Kommens:

2. Geschichte /Entwicklung der Aktuellen Beschwerden und Symptome:

Wann trat das Symptom zum ersten mal auf	Bitte beschreiben Sie das Symptom genauer.

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite fort.

Welche Therapiemaßnahmen haben Sie bereits angewandt und was hat Ihnen am besten geholfen?

3. Geschichte / Verlauf früherer Beschwerden / Symptome / Erkrankungen

Bitte beginnen sie bei Ihrer Geburt.

Von wann bis wann trat das Symptom auf?	Bitte beschreiben Sie das Symptom genauer.

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

4. Umstände / Besonderheiten der Schwangerschaft.

Dies beinhaltet Fragen über die Umstände der Zeugung (Gewalt?), vorherige Abtreibungen oder Aborte, vor Ihrer Schwangerschaft verstorbene Geschwister, das Verhältnis der Eltern zueinander und die Lebensumstände während Ihrer Entwicklung.

5. Umstände /Besonderheiten der Familiengeschichte.

Dies beinhaltet Informationen über das, was den Eltern/Großeltern im Krieg widerfahren ist (Was habe sie gemacht? Vertreibung? Flucht? Gefangenschaft? Verwundung? Opfer oder Täter von Gewalt/Verfolgung/ Unrecht? Gewaltsam verstorbene Angehörige? Gab es in der Familie Tabus, Geheimnisse, sexuellen / psychischen Missbrauch? Wurde betrogen privat/beruflich? Gab es Trennungen? Wurden Kinder wegegeben oder adoptiert? Gab es Unrecht gegen Frauen? Gibt es psychische Erkrankungen, Behinderungen oder Selbstmorde in der Familie? Trauern Sie um Verstorbene?

Tragen Angehörige die Namen zuvor verstorbener/verschollener Vorfahren?

Sollte es weitere oder andere Besonderheiten in Ihrer Familie geben, fügen Sie diese bitte hier an.

6. Krankheitsgeschichte inkl. familiäre Disposition

Unter Ja/Nein bitte ankreuzen X.

Erkrankungen	Ja	Nein	Familiäre Vorkommen
Diabetes			
Diabetes insulinabhängig			
Tuberkulose			
Bronchitis			
Asthma			

Fortsetzung der Krankengeschichte:

Erkrankungen	Ja	Nein	Familiäre Vorkommen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
Allergien: Nahrungsmittel: Medikamente: Düfte: Haut-Kontakt-Allergien:			
Schilddrüsenerkrankungen			
Anemie			
Hauterkrankungen			
Leber-Erkrankungen / Gelbsucht			
Epilepsie			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Neurologische Erkrankungen oder Beschwerden			
Nieren Erkrankungen			
Erkrankungen der Geschlechtsorgane			
Verdauungsstörungen			
Schwäche des Immunsystems / wiederkehrende Infekte / Entzündliche Erkrankungen			
Hämorrhoiden			
Krebs			
Drogenkonsum Was wird/wurde genommen? Wie lange? Wie häufig?			

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

7. Verletzungen und Operationen

	Ja	Nein	Details
Verletzungen (Jahr/Alter)			
Operationen (Jahr/Alter)			

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

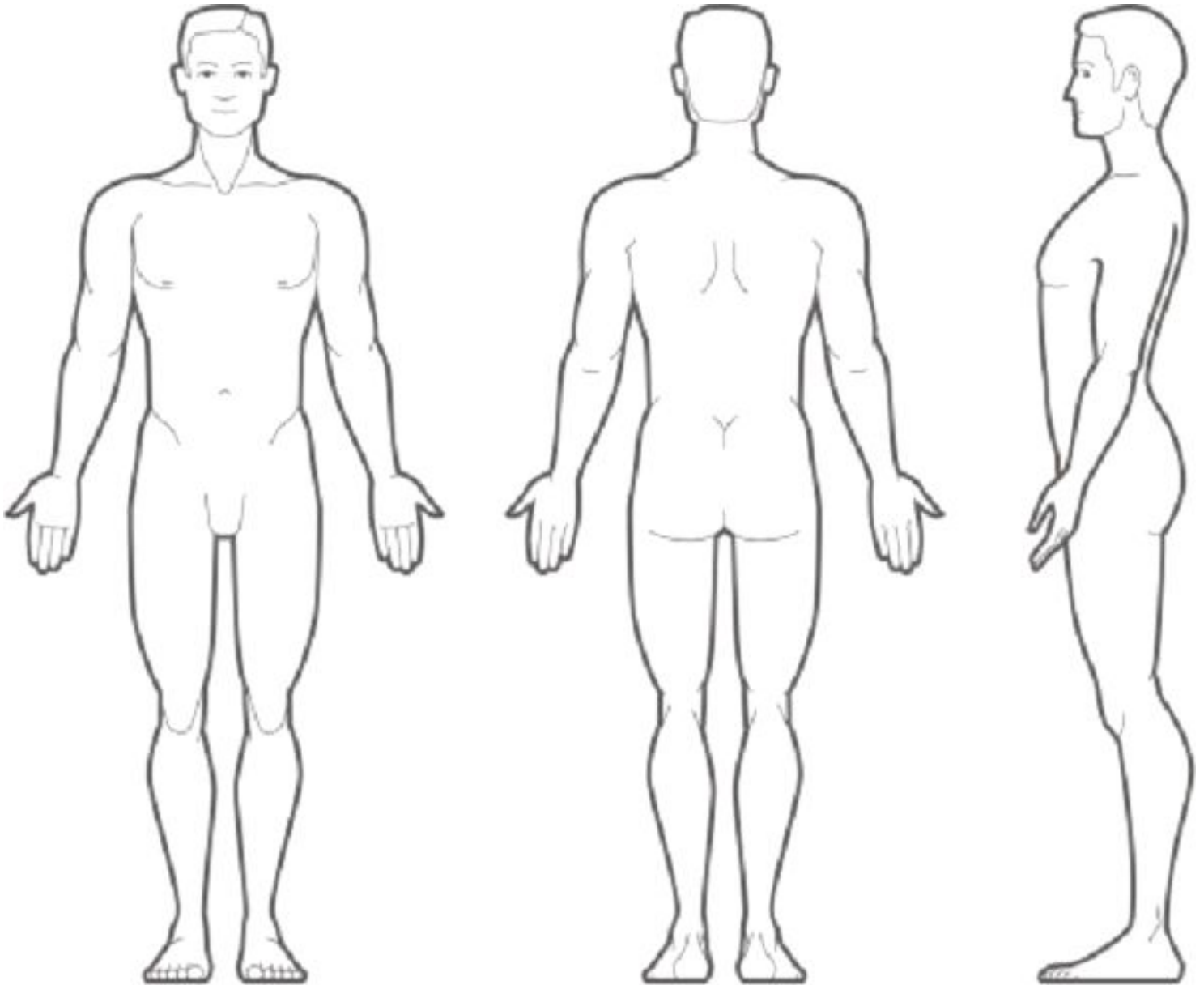
8. Zahnstatus

	Ja	Nein	Details der Behandlung / Beschwerden / Komplikationen / Wann war die Behandlung?
Fehlende Zähne			Welche?
Welche Art von Füllungen haben Sie?			
Gibt es Wurzelfüllungen?			Wo?
Gibt es Brücken? Fest oder lose?			
Gab es eine kieferorthopädische Behandlung?			Welche Geräte? Wann? Traten während oder nach der Beh. Beschwerden auf?
Gab es Extraktionen /Operationen am Kiefer?			

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

9. Wo treten Ihre Beschwerden auf?

Bitte kringeln Sie die Körperpartien ein.



Welche Zähne sind **gefüllt**, **wurzelbehandelt**, **fehlen**? Bitte markieren.

rechter oberer Quadrant (1)

Oberkiefer

linker oberer Quadrant (2)



rechter unterer Quadrant (4)

Unterkiefer

linker unterer Quadrant (3)

10. Fragen

Tägliche Gewohnheiten:

Wann stehen Sie morgens auf? _____

Wann gehen Sie schlafen? _____

Schlafen Sie, wenn Sie müde sind? _____

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Wie viel Schlaf benötigen Sie um frisch zu sein? _____

Schlafen Sie tagsüber? _____

Gibt es Schlafstörungen? _____

Wann arbeiten Sie? Wie lange? _____

Wie lange nutzen Sie täglich Computer, Fernsehen, Handy? _____

Gibt es Abhängigkeiten? Suchtverhalten? _____

Religiöse / spirituelle Praxis: _____

Appetit? _____

Unverträglichkeiten? _____

Zeitraum zwischen den Mahlzeiten: _____

Stuhlgang: Wie oft am Tag? _____

Ist die Darmentleerung vollständig? Oder unvollständig? _____

Urin: Wie häufig am Tag? _____

Brennendes Gefühl? _____ Ist der Urin sehr dunkel? _____

Inkontinenz? _____

Schweiß: Schwitzen Sie viel oder wenig? _____

Riecht der Schweiß stark? _____

Gibt es familiäre Schwierigkeiten / Besonderheiten / Stress? _____

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

Gibt es beruflichen Stress?

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

Gibt es finanziellen Stress?

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.

11. Menstruation

Beginn der Menstruation: _____

Starke Schmerzen? _____ Wo? _____

PMS? _____ Welche Symptome? _____

Wann beginnen die PMS-Symptome? _____

Blut: Welche Farbe hat das Blut? _____

Gibt es Klumpen? _____ Wie groß sind die? _____

Wie ist der Zyklus? _____

Nehmen Sie die Pille? _____

Wie verhüten Sie? _____

12. Geburten / Abtreibungen / künstliche Befruchtungen

(auch von Männern auszufüllen!)

Wie viele Kinder haben Sie? Rechnen Sie auch verlorene Kinder mit ein. _____

Gab es Schwangerschaftsabbrüche? _____

Gibt es tote Kinder? _____

Gab es künstliche Befruchtung / Kinderwunschbehandlung? _____

Sollte hier nicht genügend Platz sein, fahren Sie auf der Rückseite oder einem Extrablatt fort.