

Anamnesebogen

Name/Alter:

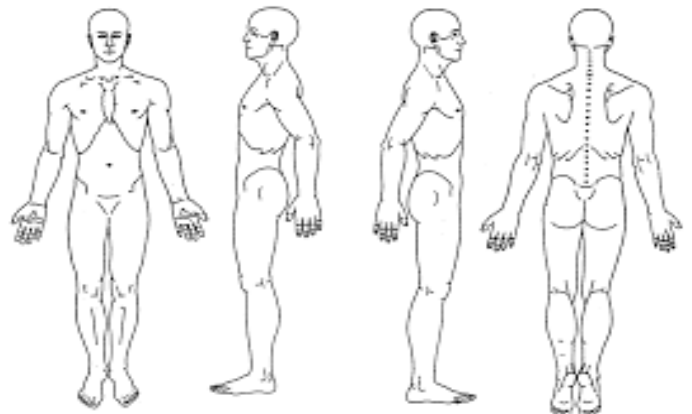
Beruf:

Sport:

Sehr geehrte(r) Patient(in).

Um eine effektive Behandlung zu erzielen ist die vorherige Anamnese von großer Bedeutung. Bitte gehen Sie dabei sehr genau vor und lassen Sie keine Information aus, damit wir der Ursache für ihre Problematik auf den Grund gehen können. Ich arbeite ganzheitlich und kann damit Kausalitäten schneller aufsuchen. Geben Sie dabei jeweils die **genauen Jahreszahlen** an (wenn möglich) und den dazugehörigen **Verlauf**, egal wie lange es her ist. Anschließend suche ich anhand des Kinesiologischen Muskeltest die Störfelder auf, die Ursache für ihr Problem sein könnten.

1. Wegen welcher Beschwerde(n) kommen Sie zu mir? **Wo** und **seit wann** bestehen diese? Bitte beschreiben + einzeichnen.



Schmerzskala 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (10= unerträglich)

2. Haben Sie noch weitere Beschwerden in den letzten Jahren gehabt? Bitte chronologisch (+ Jahr) aufschreiben und in der oberen Körpertabelle mit einzeichnen.

3. Gibt es dazu bereits Diagnosen? (Falls Arztbefunde vorhanden, bitte mitbringen)
Bitte chronologisch (+ **Jahr**) aufschreiben!

4. Gibt es weitere Nebendiagnosen? (Asthma, Osteoporose, Blutdruck etc.)
Seit **wann**?

5. Hatten Sie im Kindes- bzw. Jugendalter Krankheiten oder Unfälle etc. ?
Was und **wann**?

6. Hatten Sie Unfälle, Operationen bzw. gibt es Narben am Körper? (Bitte chronologisch aufschreiben (+ **Jahr**) und **wo**! Tattoos + Piercings gehören dazu)

7. Gab es bereits Probleme mit dem Verdauungssystem? Wenn ja, **wo** und **wann**?(Diagnosen, Beschwerden, Eingriffe, Antibiosetherapie etc.)

8. Sind Allergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt? Seit **wann**?

9. Sind Infektionen bei Ihnen (Viren (Peiffr. Drüsenf.,Herpes) , Bakterien, Pilze) bekannt bzw. gab es mal im der Vergangenheit eine Infektion?
Wann?

10. Gibt es Probleme mit dem Hormonsystem? (Schilddrüse, Klimakterium etc.) Seit **wann?**

Pille O
Spirale O

11. Sind/waren Sie häufig erkältet/krank? (Bsp.: Sinusitis, Mandeln, Bronchien, **Corona!**) Wenn ja, **wann** und wie war der **Verlauf** ?

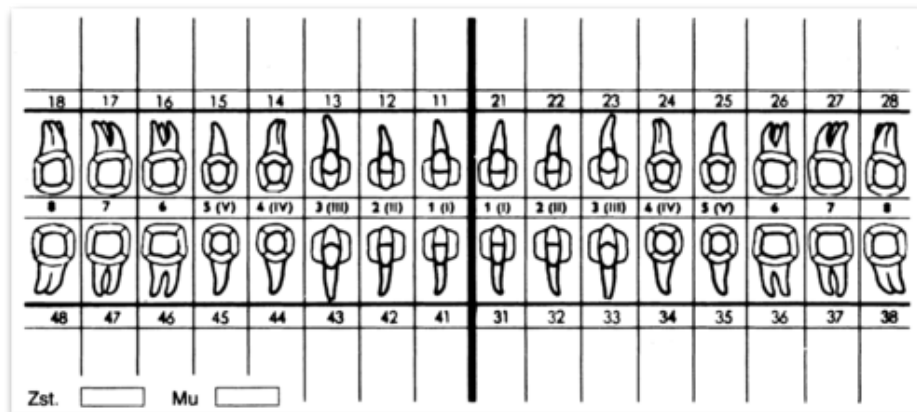
12. Wie würden Sie ihre Mentale Situation aktuell und in den letzten Jahren (Dauerstress, Lebenssituation ...) einschätzen bzw. gab es einschneidende Traumata in der Vergangenheit? (Falls Diagnosen bekannt sind bitte angeben)

Skala 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (Bitte ankreuzen , 10 = sehr unzufrieden)

13. Hatten Sie bereits kieferorthopädische Eingriffe/Behandlungen? Wenn ja, **wann?**

14. Gab es in der Vergangenheit oder gibt es aktuelle Beschwerden/Eingriffe im Zahnbereich ?

Bitte kreuzen Sie im unten aufgeführten Zahnschema behandelte Zähne an. **WANN + WAS** genau gemacht wurde bitte notieren. (Füllungen, Wurzelbehandlungen, Kronen, Brücken, OPs, Extraktionen, Wundheilungsstörungen/eitrig Prozesse, etc.)



15. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein bzw. haben über einen längeren Zeitraum welche eingenommen? (z.B. Antibiotika, Chemotherapie etc. ...) **Wann und welche?**

16. Welche Therapien haben Sie bereits ausprobiert und wie häufig?