



ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Name: _____

Therapeut: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Mobilnummer: _____ **Festnetz:** _____

Email: _____

Beschreibung der aktuellen Probleme:

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Meinung des Arztes/ Untersuchungsergebnisse:

Ihre Meinung/ Intuition:

Beschreibung WIE und WANN das Problem angefangen hat:

Umweltprobleme (vorher oder während) :

Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (bitte einkreisen): Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Lungenentzündung, Keuchhusten, Scharlach, Andere

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Impfungen (einkreisen):

MMR, DPT, Polio, TB, Windpocken, COVID-Impfungen (..... wie viele?), Tetanus,
Andere _____

Operationen (Organe entfernt?):

Zahngesundheit

Bestehen Zahnlücken? _____

Bestehen Brücken/ Langzeitprovisorien? _____

Wurden Wurzelbehandlungen durchgeführt? _____

Sind metallische Implantate vorhanden? _____

Sofern bekannt – verwendete Materialien? _____

Röntgenuntersuchungen

Gesundheitsprobleme leiblicher Mutter und Vater:

Gesundheitsprobleme leiblicher Großeltern:

Gesundheitsprobleme leiblicher Geschwister, Tanten, Onkel:

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Zusätzliche Anmerkungen/Auslandsaufenthalte:

Bestand in der Vergangenheit oder besteht derzeit ein Konsum von Betäubungsmitteln – wenn ja welche?

Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen und für WAS?

Ernährungsgewohnheiten und ANDERES:

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein und WELCHE?

Geregelter Schlaf- Wach-Rhythmus, evtl. Schlafprobleme

Regelmäßige Genussmittel (z. B. Rauchen, Alkoholgenuss, Süßes)

SONSTIGES:
