



## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen gut leserlich aus.

### 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 eigenen (!) Schwangerschaft.

Dies beinhaltet Fragen über die Umstände Ihrer eigenen Schwangerschaft, d.h. **als Sie ein Embryo waren**. Es geht um 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. Fragen Sie ggf. Ihre Mutter/Eltern/Tanten etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 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.

<b>Erkrankungen</b>	<b>Sie selbst   Ja</b>	<b>Sie selbst   Nein</b>	<b>Familiäre Vorkommen (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister)</b>
Diabetes			
Diabetes insulinabhängig			
Tuberkulose			
Bronchitis			
Asthma			
Herz-Kreislauf- Erkrankungen			

Fortsetzung der Krankengeschichte:

<b>Erkrankungen</b>	<b>Sie selbst   Ja</b>	<b>Sie selbst   Nein</b>	<b>Familiäre Vorkommen (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister)</b>
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
<b>Verletzungen</b> (Jahr/Alter)			
<b>Operationen</b> (Jahr/Alter)			

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

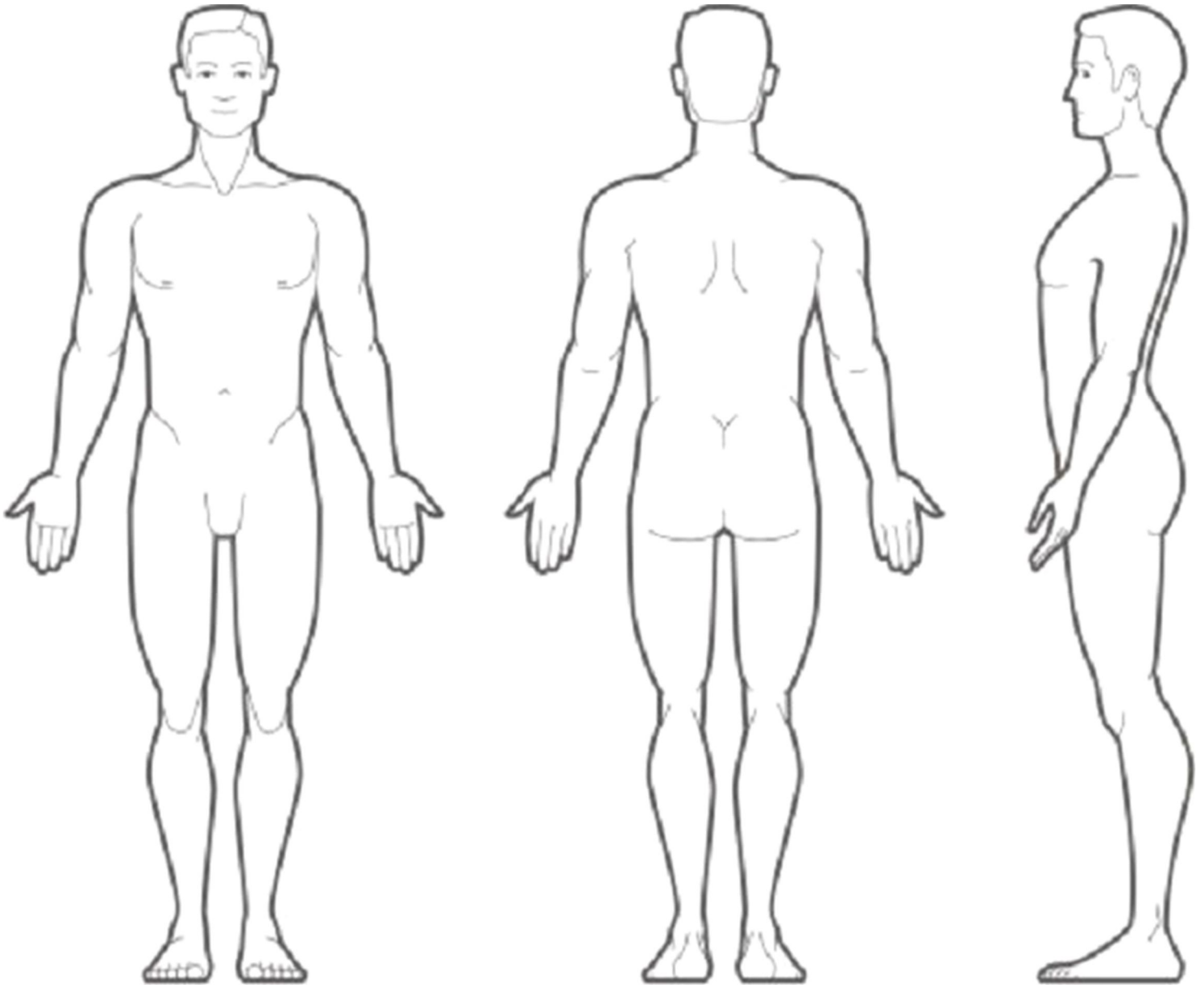
**8. Zahnstatus**

	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)													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
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.