



Anamnesebogen:

Ausstellungsdatum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ , Wohnort, Straße _____

Telefon/Handy/E-Mail _____

Beruf _____

Hobbies _____

Familienstand: _____

Momentane Beschwerden _____

Haben Sie Probleme mit den Augen? Tragen Sie eine Brille? Sind Sie kurz- oder weitsichtig?

Haben Sie Kopfschmerzen? Tragen Sie eine Aufbissschiene?

Haben Sie Beschwerden mit dem Kiefergelenk?

Haben Sie Tinnitus/ Ohrgeräusche/ Probleme mit den Ohren

Haben Sie eine Schilddrüsenüber oder –unterfunktion?

Haben Sie Probleme mit der Atmung oder der Lunge?

Haben Sie Probleme mit dem Herzen? Haben Sie erhöhten Blutdruck?

Haben Sie Diabetes mellitus? Sind Sie insulinpflichtig?

Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen?

Haben Sie Probleme nach fettem reichhaltigem Essen?

Haben Sie Verdauungsbeschwerden/ Blähungen/ wechselnden Stuhlgang?

Haben Sie Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten?

Hatten Sie Blasenentzündungen? Probleme mit den Nieren? Inkontinenz?

Haben Sie Beschwerden mit der Prostata?

Haben Sie regelmäßig Ihre Monatsblutung?

Hatten Sie Geburten? Komplikationen?

Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja welche? Wann?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie und wann?

Hatten Sie schon mal einen Hörsturz?

Hatten oder haben Sie Erkrankungen, die ich noch nicht abgefragt habe?

Haben Sie vermehrt familiäre oder berufliche Belastung?

Rauchen Sie, wenn ja wieviel?

Trinken Sie Alkohol, wenn ja wieviel?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben,
diesen Fragebogen auszufüllen und zur Behandlung mitzubringen.