



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen sie sich für den Anamnesebogen ausreichend Zeit – je ausführlicher und umfassender ihre Informationen sind, umso mehr Zusammenhänge werden sichtbar.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Vielen Dank!

Anamnesebogen

Anrede

Vorname

Nachname

Straße

PLZ-Ort

Beruf

Geburtsdatum

Familienstand/Kinder

Telefon

E-mail



Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind der Anlass, weshalb die Praxis aufgesucht wird?

Was sind momentan Ihre Hauptbeschwerden?

Wo? (Lokalisation)



Seit wann? (was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> eine Erkrankung | <input type="radio"/> Kummer | <input type="radio"/> Trauer | <input type="radio"/> Schreck |
| <input type="radio"/> Operation | <input type="radio"/> Hautausschläge | <input type="radio"/> Medikamente | <input type="radio"/> Sonstiges |

Was haben Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits unternommen?
(Arztbesuch, Laboruntersuchungen, Therapieverfahren, etc.)

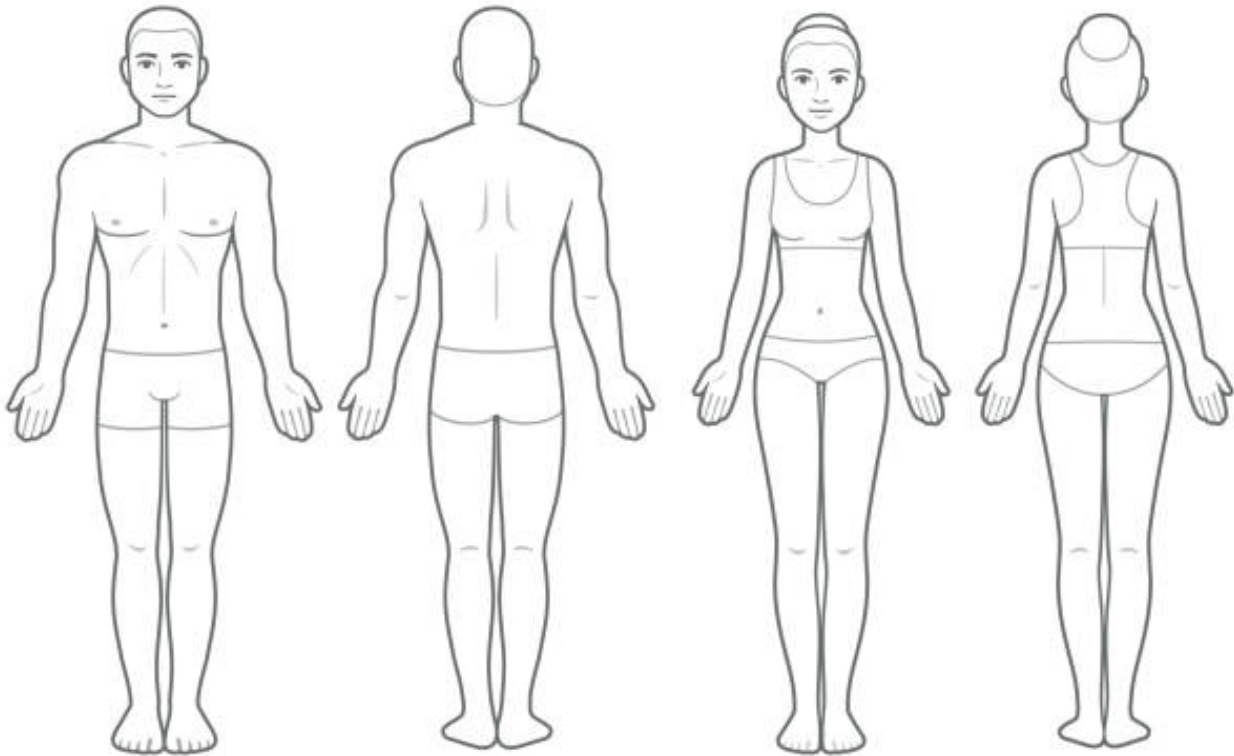
Wie war der Erfolg?

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> sehr gut | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> mäßig | <input type="radio"/> schlecht |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

Was ist Ihr genauer Auftrag an mich? Welche Symptome möchten Sie in erster Linie verbessern?



Bei Schmerzen, wo genau treten die Schmerzen auf?



Bitte kennzeichnen sie ihre Schmerzen, mit einem Kreuz auf dem Bild:

Schmerzskala: 1-10 (1 = schwach, 5 = mittel, 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beschreibung des Schmerzes/ Symptoms: (bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> dumpf | <input type="radio"/> periodisch | <input type="radio"/> ständig | <input type="radio"/> pochend |
| <input type="radio"/> pulsierend | <input type="radio"/> krampfartig | <input type="radio"/> gleichmäßig | <input type="radio"/> beklemmend |
| <input type="radio"/> stechend | <input type="radio"/> brennen | <input type="radio"/> kolikartig | <input type="radio"/> ausstrahlend |
| <input type="radio"/> vernichtend | <input type="radio"/> kribbelnd | <input type="radio"/> schweißtreibend | <input type="radio"/> berührungsempfindlich |
| <input type="radio"/> geschwollen | <input type="radio"/> kalt | <input type="radio"/> heiß | <input type="radio"/> sonstige |



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Narben /Unfälle/Operationen (Was, Wann, Wo am Körper)

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel /Tees nehmen Sie aktuell ein?
(Auch Schmerztabletten, Abführmittel, Schlafmittel, etc.)

Wann haben Sie das letzte Mal ein Antibiotikum genommen?



Welche Krankheiten sind Ihnen in ihrer Familie bekannt?
(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Arteriosklerose | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Brustkrebs | <input type="radio"/> Darmkrebs | <input type="radio"/> Leukämie | <input type="radio"/> Hautkrebs |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Morbus Crohn | <input type="radio"/> Colitis ulcerosa | <input type="radio"/> Schilddrüsen Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Arthritis | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> häufige Knochenbrüche | <input type="radio"/> Knochen/Muskelschwund |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 2 /Typ 1 | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Suchtprobleme |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Schizophrenie | <input type="radio"/> Depressionen |

☐ Sonstige Erkrankungen

Welche Allergien liegen vor?

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Tierhaare | <input type="radio"/> Heuschunupfen | <input type="radio"/> Metalle | <input type="radio"/> Pollen |
| <input type="radio"/> Penicillin | <input type="radio"/> Hausstaub | <input type="radio"/> Milben | <input type="radio"/> Gräser |
| <input type="radio"/> Lidocain | <input type="radio"/> Procain | <input type="radio"/> Aspirin | <input type="radio"/> Nahrungsmittel |

☐ Sonstige Allergien

Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Nachtschweiß?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

- ☐ ja ☐ nein



Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?

☐ ja

☐ nein

Trinken Sie Alkohol?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, wieviel?

Rauchen Sie?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, wieviel?

Ist Ihr Schlaf erholsam?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie große Sorgen?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

☐ ja

☐ nein



Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> Tetanus | <input type="radio"/> Grippe |
| <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> FSME (Zecken) |
| <input type="radio"/> Rotavieren | <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="radio"/> Covid -19 |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Windpocken | <input type="radio"/> Gelbfieber | <input type="radio"/> Typhus |
| <input type="radio"/> HIB | <input type="radio"/> Meningokokken C | <input type="radio"/> Cholera | <input type="radio"/> Herpes zoster |
| <input type="radio"/> HPV | <input type="radio"/> Tollwut | <input type="radio"/> Japanische Enzephalitis | <input type="radio"/> andere |
-

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> Tetanus | <input type="radio"/> Grippe |
| <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> Frühsommermeningitis |
| <input type="radio"/> Rotavieren | <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="radio"/> Covid -19 |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Windpocken | <input type="radio"/> Gelbfieber | <input type="radio"/> Typhus |
| <input type="radio"/> HIB | <input type="radio"/> Meningokokken C | <input type="radio"/> Cholera | <input type="radio"/> Herpes zoster |
| <input type="radio"/> Malaria | <input type="radio"/> Scharlach | <input type="radio"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="radio"/> andere |
-

Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?

- ☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsanfälle?

- ☐ ja ☐ nein

Epileptische Anfälle?

- ☐ ja ☐ nein



Kopfschmerzen?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Probleme mit den Augen?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, weiche?

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

☐ ja

☐ nein

Ohrenschmerzen?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie häufig oder langanhaltenden Schnupfen?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie häufig an Nasenbluten?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Haarausfall?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen- Mund- Kiefer-Bereich?

☐ ja

☐ nein



Halsbereich

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Heiserkeit?

- ☐ ja ☐ nein

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten?

- ☐ ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wie lange?
-

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Atemnot?

- ☐ ja ☐ nein



Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

- ☐ ja ☐ nein

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ Wenn ja, weiche?

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?

- ☐ ja ☐ nein

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?



☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Sodbrennen?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, weiche?

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Mängel oder Farbe des Stuhles aufgefallen?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, weiche?

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

☐ ja

☐ nein

Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?

☐ ja

☐ nein

Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?

☐ ja

☐ nein



Zittern ihre Hände (manchmal)?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?

☐ ja

☐ nein

Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern?

☐ ja

☐ nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?

☐ ja

☐ nein

Schmerzen in Beinen oder Füßen?

☐ ja

☐ nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?

☐ ja

☐ nein

Sind ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?

☐ ja

☐ nein

Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?

☐ ja

☐ nein

Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?

☐ ja

☐ nein



Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

- ☐ ja ☐ nein

Schmerzen beim Wasserlassen?

- ☐ ja ☐ nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?

- ☐ ja ☐ nein

Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasserlassen?

- ☐ ja ☐ nein

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?

- ☐ ja ☐ nein

Prostata

- ☐ vergrößert ☐ Entzündungen gehabt ☐ Entzündungen aktuell



Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

Wie lange ist die Zyklusdauer?

Wie ist die Blutungsstärke?

- ☐ schwach ☐ normal ☐ stark

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?

- ☐ ja ☐ nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide?

- ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie die (Antibaby-) Pille?

- ☐ ja ☐ nein

Oder früher genommen?

- ☐ ja ☐ nein

Tragen/trugen Sie eine „Spirale“?

- ☐ ja ☐ nein



Wie lange haben Sie insgesamt die Pille/Spirale genommen/getragen?

_____ Jahre/Monate die Pille

_____ Jahre/Monate die Spirale

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

☐ ja

☐ nein

Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

☐ ja

☐ nein

Hautjucken?

☐ ja

☐ nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?

☐ ja

☐ nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?

☐ ja

☐ nein



Soziale Anamnese

Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Freunde?

- ☐ ja ☐ nein

Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Sind Sie glücklich?

- ☐ ja ☐ nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt(z.B. Mobbing)?

- ☐ ja ☐ nein

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

- ☐ ja ☐ nein ☐ Wenn ja, weiche?



Mein beruflicher Stressfaktor ist

- ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Mein privater Stressfaktor ist

- ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Ernährung

Körpergröße	Körpergewicht	BMI
-------------	---------------	-----

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

Was trinken Sie?

Haben Sie das Gefühl, bestimmte Nahrungsmittel nicht gut zu vertragen? (Direkte Reaktion am gleichen Tag oder verzögerte Reaktion 1-2 Tage später)

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an Zölliakie?

- ☐ ja ☐ nein



Wurde bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit festgestellt?

- ☐ Laktose ☐ Fructose ☐ Gluten

Essen Sie vegetarisch/vegan/sonstiges?

- ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ sonstiges

Ernähren Sie sich bewusst, mit möglichst naturbelassenen Lebensmitteln?

- ☐ ja ☐ nein

In der Regel esse ich:

Morgens	Zwischenmahlzeit	Mittags	Zwischenmahlzeit	Abends
Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Symptome direkt nach dem Essen

- ☐ Völlegefühl ☐ Übelkeit ☐ Magenkrämpfe
☐ Müdigkeit ☐ Ebrechen ☐ Herzrasen
☐ sofortiger Stuhlgang ☐ Aufstoßen ☐ Kopfschmerzen
☐ sofortiger Durchfall ☐ Koligartige Schmerzen ☐ Oberbauchbeschwerden
☐ Blähungen ☐ Sodbrennen ☐ Sonstiges



Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Häufigkeit: _____x pro Tag

Häufigkeit: _____x pro Woche

Wie ist die Farbe Ihres Stuhlgangs?

☐ Stuhl hell

☐ Stuhl dunkel

Ist der Stuhlgang meist normal (wie eine Wurst) geformt?

☐ ja

☐ Nein

Beschreibung Ihres Stuhlgangs:

☐ problemlos

☐ weich

☐ bleistiftartig

☐ schmerzhaft

☐ hart

☐ klebrig

☐ schleimig

☐ wechselhaft (flüssig, fest)

☐ Gefühl nicht fertig zu werden

☐ Blutbeimengung

☐ breiig

☐ sonstiges

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wurde bei Ihnen kieferorthopädische Behandlungen durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Haben oder hatten Sie Metalle im Mund?

☐ ja

☐ nein

☐ Wenn ja, welche



Haben Sie wurzelbehandelte oder wurzeltote Zähne?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Kronen, Brücken, Implantate oder herausnehmbare Prothesen?

☐ ja

☐ nein

Bitte alle gezogenen, wurzelbehandelte, implantierte Zähne auflisten/markieren:

Oberkiefer

Diagram of the upper dental arch (Oberkiefer) showing teeth numbered 11 to 28. The diagram is surrounded by horizontal lines for marking or listing.

Unterkiefer

Diagram of the lower dental arch (Unterkiefer) showing teeth numbered 31 to 48. The diagram is surrounded by horizontal lines for marking or listing.