

# Anamnese

Datum:

Nachname:

Vorname:

Strasse:

Ort:

Krankenkasse privat:

Krankenkasse gesetzlich:

E-Mail:

Beruf:

Telefon Mobil:

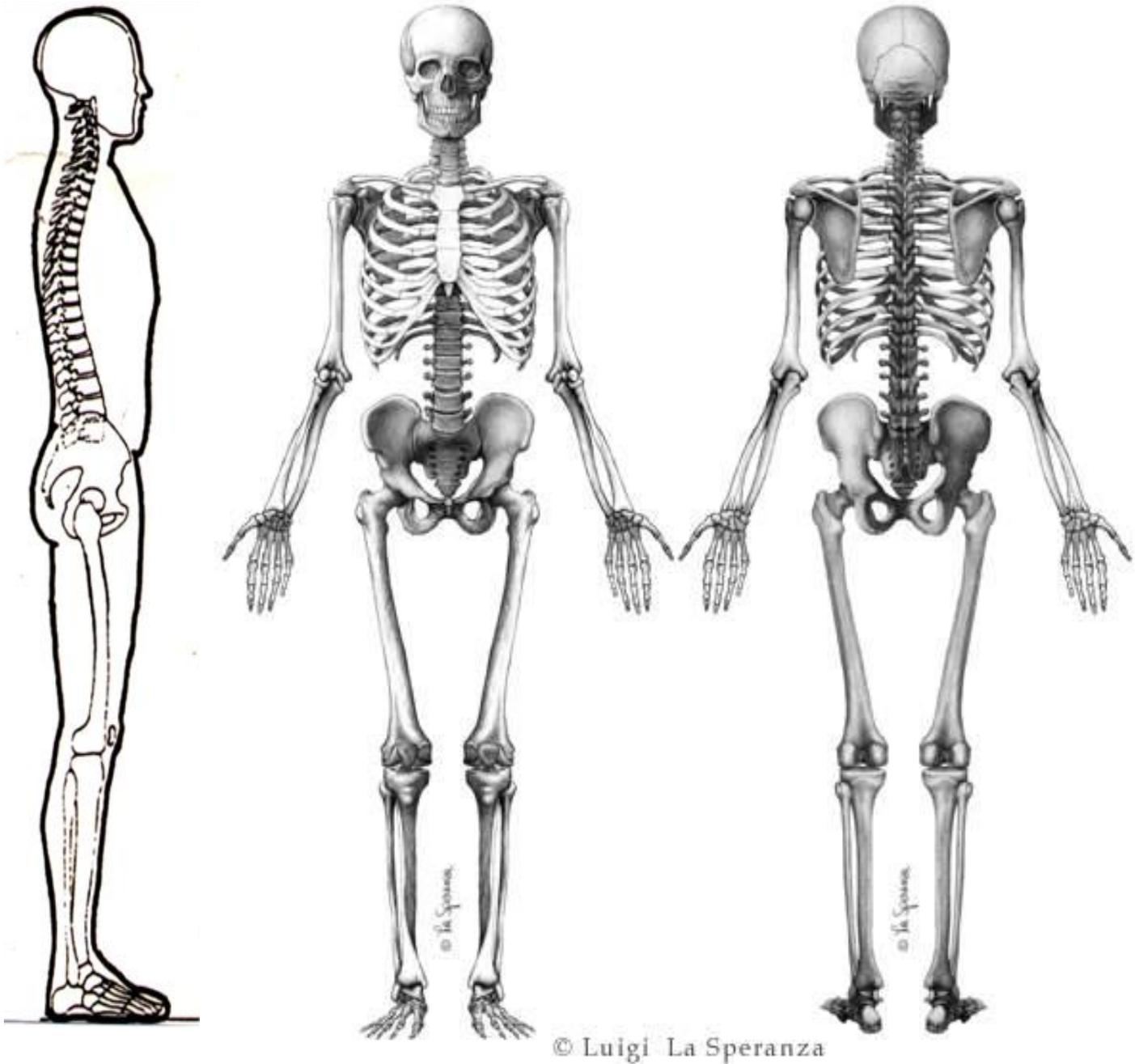
Telefon Festnetz:

Gewicht:

Geburtstag:

Größe:

**Aktuelle Beschwerden** (was, wo, wie, seit wann, was bisher unternommen):



Bitte Ort der Beschwerden einzeichnen  
(aktuelle und chronische Beschwerden in unterschiedlichen Farben)

---

**Chronische Beschwerden** (was, wo, wie, seit wann, was bisher unternommen):

---

**Reisen ins Ausland (beruflich und privat) in den letzten 6 Monaten, Reiseimpfungen:**

---

**Medikamente** (früher und aktuell):

---

**Durchgeführte Impfungen** (welche, wann):

---

**Kinderkrankheiten** (welche, wann):

---

**Operationen/Narben** (welche, wann, wo):

---

**Frühere Krankheiten:**

---

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

---

**Monatszyklus** (Anzahl Geburten, Aborte, Schwangerschaftsverlauf, aktuelle Verhütung, wann 1. Regelblutung, wann letzte Regelblutung bei Menopause):

---

**Schlafzyklus** (Durch- oder Einschlafstörungen, auffällige Träume):

---

**Stuhlgang** (Form, Farbe, schwimmend ?, Geruch, Häufigkeit):

---

**Urin** (Farbe, Menge, Häufigkeit):

---

**Essen/Trinken** (Appetit, wieviel trinken, aktuelle Essgewohnheiten / Vorlieben / Abneigungen):

---

**Genussmittel** (Alkohol, Rauchen, Drogen, was, wieviel, wie oft):

- 
- |  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
| <b>Nachtschweiß:</b>                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                           |
| <b>Ungewollte Gewichtsabnahme:</b>         | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wieviel in welcher Zeit: |
| <b>Subfebrile Temperaturen (bis 38°C):</b> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie hoch:                |
| <b>Bandscheibenvorfall:</b>                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche Wirbel:           |
| <b>Tiefe Beinvenenthrombose gehabt:</b>    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo:                      |
| <b>Starke Krampfadern:</b>                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                           |
| <b>Osteoporose:</b>                        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                           |
| <b>Schwangerschaft:</b>                    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche SSW:              |
-

---

**Zahnstatus** (wurzelbehandelte Zähne, Implantate, fehlende Zähne, Kronen, Füllungen):

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

K: Krone  
TK: Teilkrone oder Füllung  
F: Zahn fehlt  
W: Wurzelbehandelter Zahn  
I: Implantat

---

**Familienanamnese (Eltern, Großeltern, Geschwister):**

**Herz-Kreislaufkrankungen:**  nein  ja, welche:  
(Herzinfarkt, Hypertonie, Hirninfarkt  
Erhöhte Blutfettwerte, Arteriosklerose,  
Darminfarkt, Angina Pectoris,  
Venenprobleme, sonstige)

**Stoffwechselerkrankungen:**  nein  ja, welche:  
(Diabetes, Gicht, sonstige)

**Krebserkrankungen:**  nein  ja, welche:

**Lungenkrankheiten:**  nein  ja, welche:

**Psychische Krankheiten:**  nein  ja, welche:

**Steinleiden (Niere, Galle):**  nein  ja, welche:

**Sonstige:**

**Formular bitte soweit wie möglich ausgefüllt zum 1. Termin mitbringen oder an folgende Adresse senden:**

Naturheilpraxis Annette Scharrer  
Eisenbahnstraße 71  
82110 Germering

---