



ANAMNESE FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten dienen zu Ihrer Behandlung. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN

Name

Vorname

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Beruf

Tel

E-Mail

KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse (Grundversicherung KVG)

AHV-Nr.

Name der Krankenkasse (Zusatzversicherung VVG)

HAUSARZT (Bitte Kopien der ärztlichen Berichte und Laborblätter beilegen, falls vorhanden)

Hausarzt:

Letzter Besuch beim Hausarzt

Schulmedizinische Diagnose/n (wenn vorhanden):

ALLGEMEIN

Grösse [cm]

Gewicht [kg]

Blutdruck

Trinkmenge [l]

Raucher/in ja nein



1 Aktuelle Beschwerden (Welches sind Ihre aktuellen Beschwerden?):

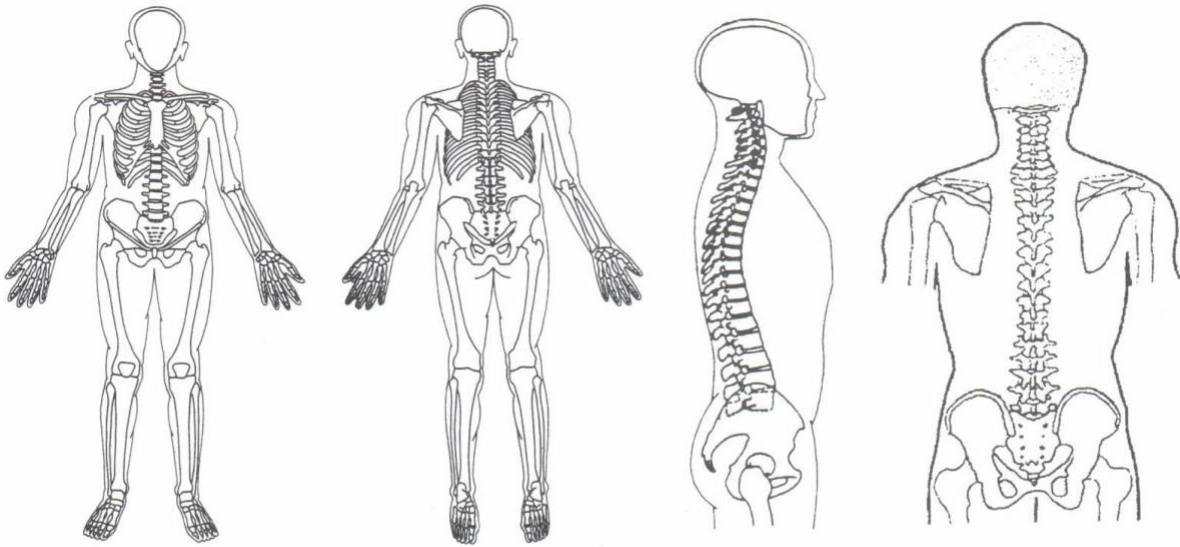
Seit wann haben Sie die Beschwerden? Was bessert die Beschwerden, was verschlechtert die Beschwerden/ wann sind die Beschwerden besser, wann schlechter?

2 Chronische Beschwerden (Haben sie alte, andauernde Beschwerden?):

3 Mit welchen Organsystemen haben oder hatten Sie Probleme? (Bitte ankreuzen und unten genauer beschreiben):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Magen Darmtrakt | <input type="checkbox"/> Leber / Galle | <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf | <input type="checkbox"/> Lunge / Bronchien |
| <input type="checkbox"/> Nieren / Blase | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> Sinnesorgane | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Allg. Immunsystem | |

- 4 Haben sie bestimmte Schmerzpunkte im Bewegungsapparat? (Bitte ankreuzen und Schmerzpunkte kennzeichnen)



- 5 Infektionserkrankungen (Gibt es bekannte/durchgemachte Infektionserkrankungen auch in der Kindheit, Herpes, Pfeiffisches Drüsenfieber, Durchfallerkrankungen nach Auslandsaufenthalt, Angina, Bronchitis, Geschlechterkrankungen, etc.):

- 6 Allergien (Gibt es bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?):

- 7 Impfungen (Bitte geben Sie die Impfungen gemäss Impfbüchlein an):



8 Zähne (Bitte Zutreffendes/Vorhandenes ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalganfüllungen | <input type="checkbox"/> Kunststoff- oder Porzellanfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> Stiftzähne |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Goldzähne oder andere Metalle |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlungen | <input type="checkbox"/> Anderes |

9 Operationen (Welche Operationen gab es in der Vergangenheit? Bitte chronologisch aufführen):

10 Unfälle (Welche Unfälle gab es in Ihrer Vergangenheit? Bitte chronologisch aufführen):

11 Medikamente (Bitte alle aktuellen Medikamente und Dosierungen notieren inkl. Pille, homöopathischen, pflanzlichen Mitteln und Nahrungsergänzungen wie Vitamine und Mineralstoffe):

12 Familienanamnese (Welche Erkrankungen gibt/gab es in Ihrer Familie):

Mutter: _____	Grosseltern: _____
_____	_____
Vater: _____	Grosseltern: _____
_____	_____

13 Familiäre und berufliche Situation (Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Situation, notieren Sie auch, falls es in der Vergangenheit grosse familiäre, private oder berufliche Veränderungen gegeben haben sollte):

14 Emotionale/psychische Situation (Gibt/gab es emotionale oder psychische Probleme, wenn ja welche?):

15 Bisherige Behandlungen/Prophylaxe (Was haben Sie bereits gegen Ihre Beschwerden unternommen?):

16 Ernährungsanamnese (Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie folgende Nahrungsmittel konsumieren):

Produkt	nie	1 x wöchentlich	Mehrmals wöchentlich	1 x täglich	Mehrmals täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte allg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bananen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse allg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse roh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch allg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweinefleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot allg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weizenbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teigwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Produkt	nie	1 x wöchentlich	Mehrmals wöchentlich	1 x täglich	Mehrmals täglich
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süssigkeiten allg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäcke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süssgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee (grün/schwarz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte notieren Sie auf der Rückseite sämtliche Nahrungsmittel und Getränke, welche Sie die letzten drei Tage zum Frühstück, Mittag-, Abendessen und zu den Zwischenmahlzeiten konsumiert haben.

17 Verdauung (täglicher Stuhlgang, Tendenz zu Verstopfung/ Durchfall, Blähungen, etc.):

18 Bewegungsverhalten (wieviel bewegen Sie sich wöchentlich und in welcher Form):

19 Schlafverhalten (Dauer, Schlafzeiten, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten):

WEITERE ANGABEN BEI PATIENTINNEN UND/ODER KINDERN

20 Angaben zur monatlichen Blutung (Zyklusdauer, Regelmässigkeit, Schmerzen, Dauer der Blutung, Blutmenge, Anzahl Geburten):

21 Bei Kindern: Angaben zur Schwangerschaft und Geburt
