



**Anamnesebogen**

Name / Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Strasse / Ort : \_\_\_\_\_

Telefon / Email : \_\_\_\_\_

Beruf : \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitigen Beschwerden / Grund Ihres Kommens

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entwicklung der aktuellen Beschwerden / Wann sind die Beschwerden das erste Mal aufgetreten ?

---

---

---

---

---

---

Was denken Sie ist die Ursache Ihrer Beschwerden ?

---

---

Warum sind die Beschwerden gerade zu diesem Zeitpunkt aufgetreten ?  
( Zusammenhang mit Lebenssituation ? )

---

---

---

Wie stark sind Ihre Beschwerden ?



① leicht störend

unerträglich ⑩

Was haben Sie selbst bereits unternommen ?

Was hat gut geholfen / Linderung gebracht ?

---

---

---

---

---

---

Welches sind die Hauptprobleme, die Ihre Beschwerden / Ihre Erkrankung verursachen ?

---

---

---

---

---

---

Wovor haben Sie am meisten Angst bezüglich Ihrer Beschwerden / Erkrankung ?

---

---

---

---

---

---

Verlauf früherer / weiterer Erkrankungen

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....
- 6. \_\_\_\_\_

Häufige Krankheiten im Kindesalter ?

( Insbesondere kleinere aber länger anhaltende oder immer wiederkehrende Beschwerden )

---

---

Unfälle / Verletzungen / Operationen im Kindesalter ?

Alters – oder Zeitangabe	Details

Unfälle / Verletzungen / Operationen im Erwachsenenalter ?

Alters – oder Zeitangabe	Details

Zahnstatus ?

Details der Behandlung / Komplikationen / Wann war die Behandlung

Fehlende Zähne	Welche ?
Zahnverletzungen	
Brücken (fest / lose)	Wo ?
Implantate	Wo ?
Kieferorthopädische Behandlung	

Extraktionen / Operationen an Kiefer, Zähnen, Zahnfleisch	Wo ?
Wurzelfüllungen	Wo ?

Allergien ( was / seit wann )?

---

---

---

Nahrungsunverträglichkeiten?

---

---

---

Haben Sie Ohrringe / Piercing ( wo ) ?

---

---

Nehmen Sie Medikamente ( welche / seit wann ) ?

---

---

Schwangerschaft(en) und Geburt(en)

Anzahl der Schwangerschaften und Geburten :

---

Besonderheiten wie Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke :

---

Schwangerschaftsabbrüche :

---

Gibt es tote Kinder ?

---

Gab es künstliche Befruchtung / Kinderwunschbehandlung :

---

Dammschnittbeschwerden :

---

Zyklus ( erste Periode / letzte Periode ) :

---

Wieviele Stunden schlafen Sie pro Nacht ?

---

Gibt es Schlafstörungen ?

---

Wie lange nutzen Sie Computer / Handy / Fernseher pro Tag ?

---

Wie oft am Tag haben Sie Stuhlgang ?

---

Was tut Ihnen gut und was sind Kraftquellen für Sie ?

---

---

Was sind die wichtigsten Ergebnisse, die Sie sich von dieser Behandlung erhoffen?

---

---

---

Welche Bedenken / Fragen haben Sie hinsichtlich der Behandlung ?

---

---

---

Diese physiotherapeutischen Maßnahmen erfolgen auf eigene Verantwortung und ersetzen keine ärztliche Behandlung !

---

( Unterschrift )