

Anamnesebogen

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Geburtsort: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Telefon Privat: _____
Telefon Arbeitsplatz: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Versicherung: _____
Private Zusatzversicherung: _____
Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja Nein
Wer hat uns empfohlen? _____
Behandelnder Hausarzt? _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Mittel ein? Ja Nein
Welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschwäche, Herzklappenersatz) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blutkrankheiten (Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörungen) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Infektionserkrankungen (Hepatitis B/C, TBC, HIV) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma, Osteoporose) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nieren- oder Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sonstige Erkrankungen _____ | | |

Zahnmedizinische Auskünfte:

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie eine Aufbissschiene? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mundtrockenheit? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____ | | |

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Rosenheim, den _____

Unterschrift _____

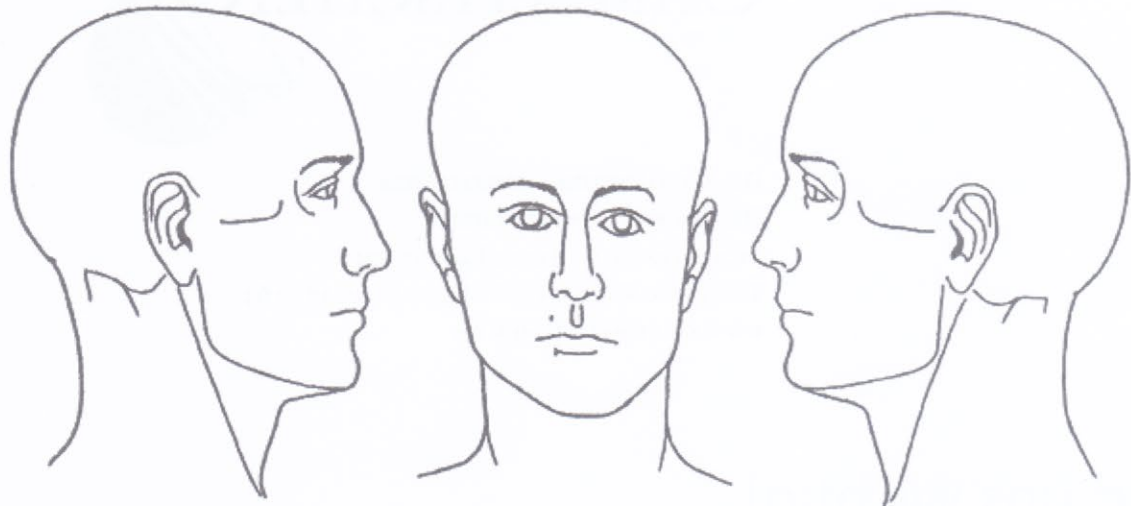
Sie sind uns wichtig!

Ihr Kausystem ist mit vielen anderen Körpersystemen vernetzt. Störungen mit anderen Körpersystemen können sich in Ihrem Kausystem auswirken und umgekehrt können sich Störungen des Kausystems in andern Körperregionen auswirken.

Deshalb bitte ich Sie die folgenden Fragen zu beantworten:

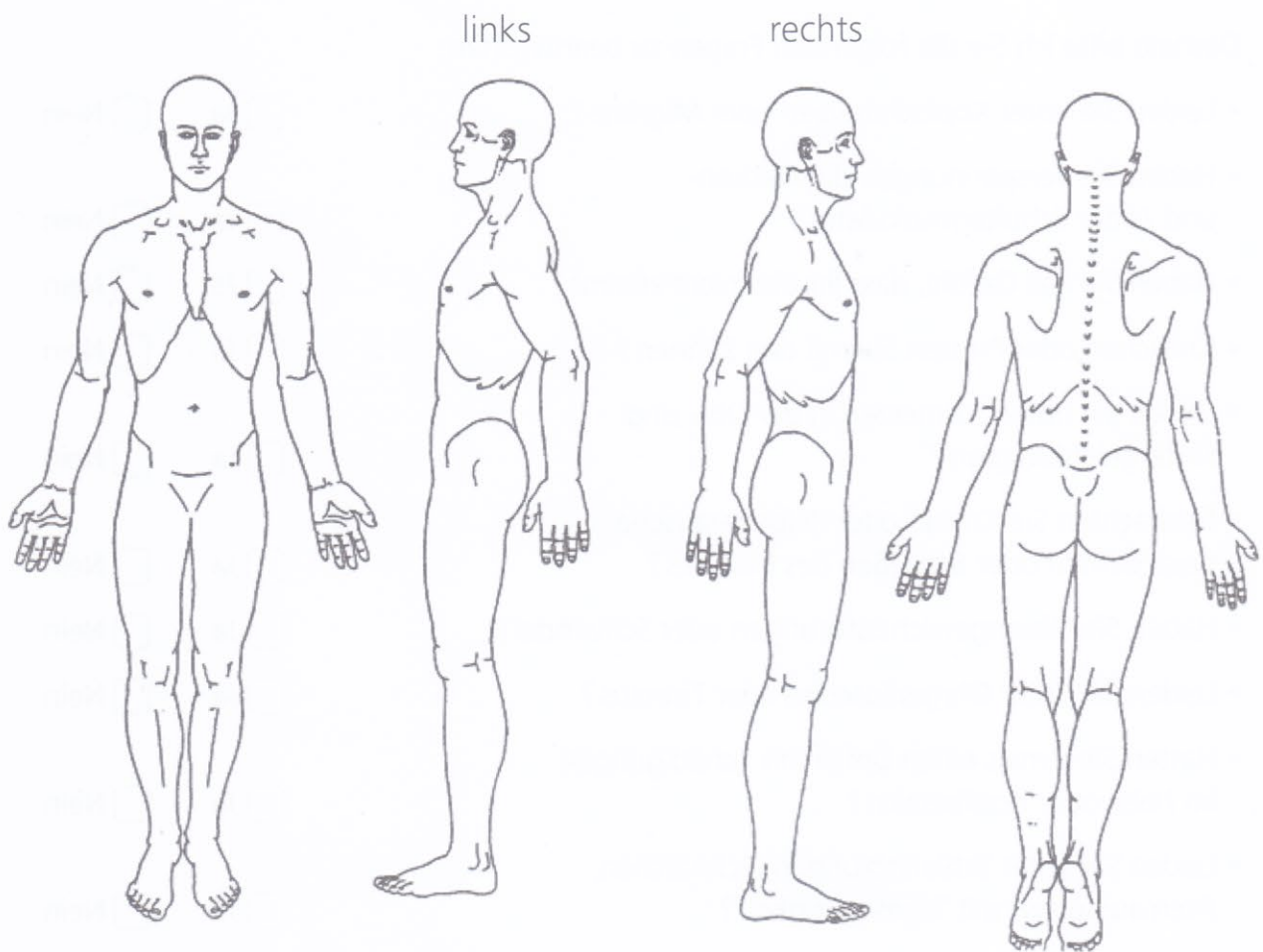
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein
- Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/ oder Schultermuskulatur? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt? Ja Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenksregion? Ja Nein
- Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes? Ja Nein
- Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindel? Ja Nein
- Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus? Ja Nein
- Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigung im Hals- oder Kopfbereich? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit? Ja Nein

Bitte Beschwerden auf der Rückseite einzeichnen.



rechts

links



links

rechts