

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
Fax/e-Mail: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Zahnarzt: \_\_\_\_\_

### Persönliche Anamnese / Krankheitsgeschichte

(Bitte ergänzen Sie Folgendes mit entsprechender ungefährender Altersangabe)

Sämtliche Operationen Alter  
(inkl. Beschneidung, Muttermalentfernung, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sämtliche Verletzungen / Unfälle Alter  
(mit oder ohne Naht / Narbe)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwere Infektionen / Krankheiten Alter  
(Lungenentzündungen, Tuberkulose, Krebs,  
Herzanfall, chron. Bronchitis, Colitis, Mumps,  
Masern, Windpocken, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impfungen Alter  
(vor allem im Kindesalter)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Früherer oder derzeitiger Beruf/Hobby Alter  
mit Kontakt zu Giften  
(Spritzmittel, Dämpfe, Abgase etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lange Auslandsaufenthalte Alter  
in 3. Welt-Ländern

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühere oder derzeitige schwere Alter  
psychische Traumata / Belastungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwangerschaften / Geburten / Alter  
Abgänge

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antibaby-Pille / Spirale  
(früher oder derzeitig) Alter

.....  
.....  
.....

Frühere und aktuelle Allergien  
(wie z.B. auf Medikamente, Lebensmittel, Pollen,  
Hausstaub, Bienengift, Milchschorf, Metalle, etc.) Alter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Medikamentöse Behandlung auf Para-  
sitosen, Infektionen ? Alter  
(früher oder derzeitig)

.....  
.....  
.....

Lange Abhängigkeit  
(von verschriebenen Medikamenten oder frei  
erworbenen Drogen, von Alkohol oder Zigaret-  
ten) Alter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Frühere Medikamente Alter

.....  
.....  
.....  
.....

Aktuelle Medikamente Alter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zahnärztliche Eingriffe Alter  
(Alter Ihrer ersten Amalgamfüllungen, Zahn-  
spange, Gebiss, der Entfernung Ihrer Weisheits-  
zähne / weiterer Zähne, Wurzelbehandlung, etc.)  
**(Achtung: die detaillierte Erhebung der Zahn-  
Krankengeschichte wird durch den Behand-  
ler durchgeführt)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Familienanamnese / Krankengeschichte Ihrer Familie**

Sind in Ihrer Familie (Achtung: betrifft nur Ihre Familienangehörige, nicht diejenige Ihres Partners / Ihrer Partnerin) Krankheiten aufgetreten wie zum Beispiel:

Diabetes mellitus, massives Übergewicht, Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Schlaganfall, Arteriosklerose, Asthma, Allergien Ekzeme, Tuberkulose, Krebs, rheumatische Erkrankungen, Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, andere schwere Erkrankungen?

Sofern Familienangehörige an den Folgen einer Erkrankung / infolge Altersschwäche / Tod unklarer Ursache / Suizid verstorben sind, bitte Alter, Tod und Todesursache vermerken

	Erkrankung	Alter
Opa väterlicherseits	.....	.....
Oma vs	.....	.....
Opa mütterlicherseits	.....	.....
Oma ms	.....	.....
Ihr Vater	.....	.....
1. Geschwister vs	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....
5.	.....	.....
Ihre Mutter	.....	.....
1. Geschwister ms	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

	Erkrankung	Alter
4. Geschwister ms	.....	.....
5.	.....	.....
1. Ihre Geschwister	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....
5.	.....	.....
6.	.....	.....
1. Ihre Kinder	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....
5.	.....	.....
6.	.....	.....

**Zu Ihrem Jetzigem Leiden**

Tragen Sie Ihre Hauptbeschwerde(n) unten ein, und geben Sie Ihr ungefähres Alter beim ersten Auftreten an.

Gesundheitliche Beschwerden

Alter

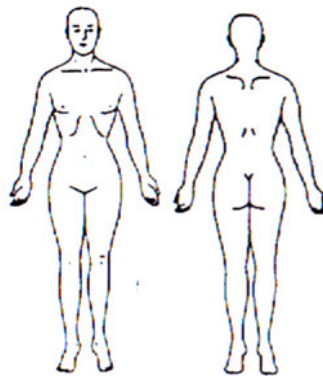
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gesundheitliche Beschwerden

Alter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Markieren Sie mit "X", wo Sie Schmerzen haben oder wo eine Fehlfunktion vorliegt.



---

**Bemerkungen**