

Name _____

Adresse _____

Geb.-Datum _____

Beruf _____

Tel. Geschäft _____

Fax/Email _____

Hausarzt _____

Vorname _____

PLZ, Ort _____

Zivilstand _____

Kinder _____

Tel. Privat _____

Krankenkasse _____

Vers.nr. Zusatz _____

Persönliche Anamnese / Krankengeschichte

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

Impfungen Alter
 (im Kindesalter, vor Reisen etc.)

Sämtliche Verletzungen Alter
 (mit oder ohne Naht / Narbe)

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

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

Längere Auslandsaufenthalte in 3. Welt-Ländern Alter

Schwangerschaften / Geburten Abgänge Alter

Frühere / derzeitige schwerere psychische Traumata / Belastungen Alter

Längere Abhängigkeit Alter
 (verordnete Medikamente, freikäufliche Drogen, Alkohol, Zigaretten)



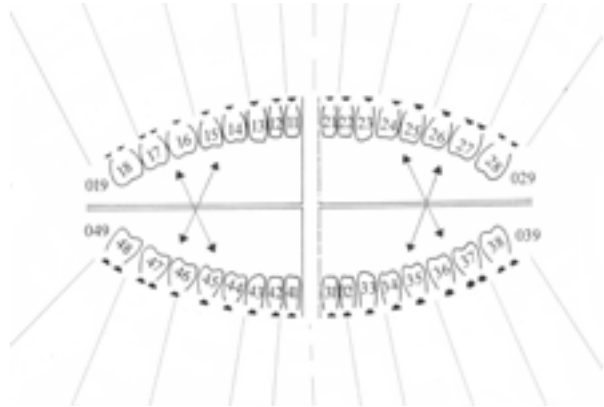
Frühere / aktuelle Allergien Alter
 (z.B. Medikamente, Lebensmittel, Pollen, Hausstaub, Bienengift, Milchschorf, Metalle etc.)

Frühere Medikamente Alter
 (inkl. Antibaby-Pille, Parasitenkuren etc.)

Aktuelle Medikamente Alter
 (inkl. Antibaby-Pille, Hormontherapie, Muskelaufbaupräparate etc.)

Zahnärztliche Eingriffe Alter
 (Alter der ersten Amalgamfüllung, Zahnspange, Gebisskorrekturen, Entfernung von Zähnen, Wurzelbehandlungen etc.)

Nachfolgendes Schema wird vom Behandelnden ausgefüllt!



Familienanamnese / Krankengeschichte der Familie

Sind in der Familie (betrifft nur die Verwandten, nicht diejenigen des Partners / der Partnerin) Krankheiten aufgetreten, wie zum Beispiel: Diabetes mellitus, massives Übergewicht, Herzkrankungen, hoher Blutdruck, Schlaganfall, Arteriosklerose, Asthma, Allergien, Ekzeme, Tuberkulose, Krebs, rheumatische Erkrankungen, Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Depressionen, andere schwere Erkrankungen?

Bitte auch angeben, woran bereits verschiedene Verwandte verstorben sind (welche Erkrankung, Altersschwäche, Tod unklarer Ursache, Suizid).

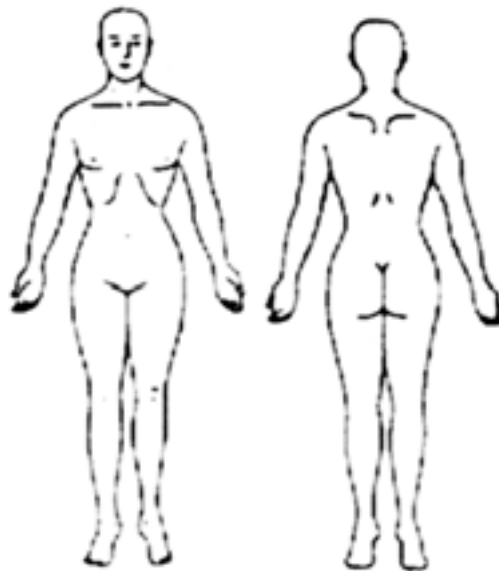
| | Erkrankung | Alter | | Erkrankung | Alter |
|-------------------|------------|-------|-------------|------------|-------|
| Opa väterl.seits | _____ | _____ | Geschwister | | |
| Oma vs | _____ | _____ | 1. | _____ | _____ |
| Opa mütterl.seits | _____ | _____ | 2. | _____ | _____ |
| Oma ms | _____ | _____ | 3. | _____ | _____ |
| Vater | _____ | _____ | 4. | _____ | _____ |
| | | | 5. | _____ | _____ |
| 1. Geschwister vs | _____ | _____ | Kinder | | |
| 2. | _____ | _____ | 1. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | 2. | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ | 3. | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ | 4. | _____ | _____ |
| Mutter | _____ | _____ | 5. | _____ | _____ |
| | | | Ergänzungen | | |
| 1. Geschwister ms | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Grund des Besuches

Bitte Hauptbeschwerde(n) unten eintragen und ungefähres Alter beim ersten Auftreten sowie die bereits durchgeführten Behandlungsformen (schul- und komplementärmedizinisch) angeben.

| Gesundheitliche Beschwerden | Alter | bisherige Therapieformen | Nutzen (ja/nein) |
|-----------------------------|-------|--------------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Bitte mit einem „X“ Ort der Schmerzen oder der Fehlfunktion markieren.



Bemerkungen