

Anamnesefragebogen

Name: _____ Tel: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Aktuelle Situation

Was macht Ihnen derzeit Probleme/Stress?

- 1)
- 2)
- 3)

Was war kurz vor dem Auftreten des derzeitigen Problems/Stress? (möglicher Auslöser)

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja, welche Region ist betroffen?

Sind Auslöser der Kopfschmerzen bekannt? Wenn ja, welche?

Verbesserung durch: _____

Verschlechterung durch: _____

Familiäre Situation

Familienstand: ledig geschieden verheiratet verlobt

Haben Sie Kinder?

Vorname	Jahr	Kaiserschnitt	Komplikationen

Haben Sie Geschwister?

Vorname	Geburtsjahr	Persönliche Beziehung (bitte offen lassen)

Verstorbene Familienmitglieder

Name	Familienbeziehung	Jahr des Todes	Persönliche Beziehung

Zähne und Kiefer (bitte Ort mit angeben)

Beschwerden bei der Zahnung?

Weisheitszähne gezogen?

Wurzelbehandelte Zähne?

Zahnfleischblutung?

Tote Zähne?

Empfindliche Zähne?

Wurden Amalganfüllungen entfernt?

Zahnfüllmaterialien:

Amalgam

Gold

Kunststoff

Keramik

Implantate

Schlafverhalten

Leiden Sie unter Schlaflosigkeit? _____

Wachen sie nachts häufig auf? Wenn ja, wann? _____

Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen? _____

Haben Sie Nachtschweiß? _____

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? _____

Träumen Sie nachts und wie sind diese? _____

Alltagsverhalten

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben? _____

Rauchen Sie? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig/viel? _____

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? _____

Haben Sie elektrische Geräte im Schlafbereich? _____

Sind Sie Belastungen mit Schwermetallen, Lösungsmitteln oder Chemikalien ausgesetzt?

Wie ist Ihr Fitnesszustand und Ihre seelische Verfassung?

	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10
Fitnesszustand					
Seelische Verfassung					