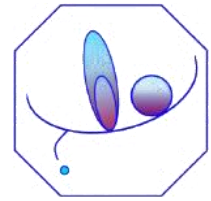


Anamnesebogen



Name, Vorname

Geburtsdatum

Hatten Sie eine dieser Krankheiten?

wann?

- | | | |
|--|-------------|-------|
| Angina pectoris / Herzinfarkt | O ja O nein | ..... |
| Asthma, Allergien | O ja O nein | ..... |
| Bronchial -, Lungenerkrankungen | O ja O nein | ..... |
| Ekzeme, Hauterkrankungen | O ja O nein | ..... |
| Gallen-, Nierensteine | O ja O nein | ..... |
| Gelbsucht, Lebererkrankungen | O ja O nein | ..... |
| Heuschnupfen | O ja O nein | ..... |
| Herzrhythmusstörungen | O ja O nein | ..... |
| Magen -, Darmerkrankungen | O ja O nein | ..... |
| Nieren -, Blasenkrankheiten | O ja O nein | ..... |
| Rheuma / Arthrose / Gicht | O ja O nein | ..... |
| Schilddrüsenüberfunktion/ -unterfunktion | O ja O nein | ..... |
| Schlaganfall, Lähmung | O ja O nein | ..... |
| Venenleiden | O ja O nein | ..... |
| Zuckerkrankheit | O ja O nein | ..... |

◆ Nehmen Sie Medikamente? O ja O nein
 Falls ja, welche?

◆ Hatten Sie Operationen / Unfälle / Eingriffe? O ja O nein
 Falls ja, welche?

◆ Haben Sie Allergien? O ja O nein
 Falls ja, welche?

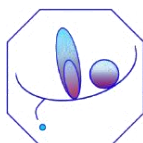
◆ Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden? O ja O nein
 Falls ja, welcher Art?

◆ Leiden Sie unter Rückenschmerzen / Kopfschmerzen? O ja O nein
bitte wenden

- ◆ Rauchen Sie? Falls ja, wieviel pro Tag? O ja O nein
- ◆ Trinken Sie Alkohol? Wieviel? O ja O nein
- ◆ Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen / Hörgerät? O ja O nein
- ◆ Haben Sie einen Herzschrittmacher? O ja O nein
- ◆ Wie ist Ihr Blutdruck-Wert? O weiss nicht O normal O hoch O tief
- ◆ Haben Sie Zahnfüllungen? O ja O nein
(Falls ja, kennzeichnen Sie diese bitte auf Blatt 3)
- ◆ Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft? Woche O ungewiss O nein
Schwangerschaften; wie viele?
Geburten; wann?
Wie ist Ihre Menstruation?
.....
Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate? O ja O nein
- ◆ Beziehung Mutter:
- ◆ Beziehung Vater:
- ◆ Beziehung heute zur übrigen Familie:
- ◆ Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
- ◆ eigene Pubertät:
- ◆ Ab wann haben Sie Kindheitserinnerungen?
- ◆ Hatten Sie körperliche / psychische Schockerlebnisse?
- ◆ Zufriedenheit am Arbeitsplatz:
- ◆ persönliches Ziel:

Datum:

Unterschrift:



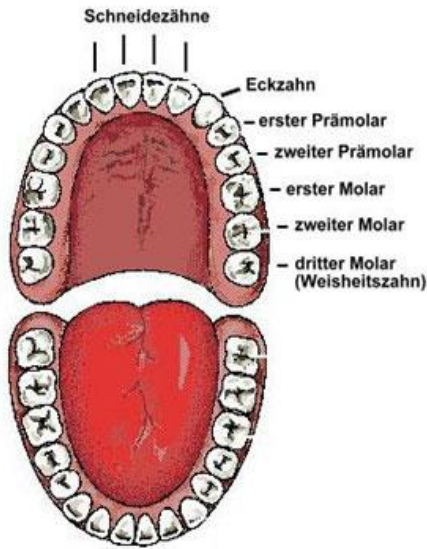
Zähne

Name, Vorname Geburtsdatum

Haben Sie Zähne die Füllungen haben, Implantate sind oder wurzelbehandelt wurden?
Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Zähne.

Zur Erklärung:

- Zahn 1 und 2 wären die vorderen Schneidezähne, Zahn 3 ist der Eckzahn usw.
- Links wäre Ihre linke Körperseite



Oberkiefer	
links	rechts
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
links	rechts
Unterkiefer	

Bitte ankreuzen:

Zahnfüllmaterial: Gold Amalgam Kunststofffüllung (z.B. Komposit)

Sonstiges:

.....

.....

Praxis für Naturheilkunde
Nomita Chatterjee
Brunnenstr. 21
8610 Uster
Tel. 076 536 38 77

