



# Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie diese Fragen sehr gewissenhaft - Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Allgemeine Daten	
Vor- und Zuname	
Geburtsdatum und -Ort	
Straße	
Land, PLZ und Wohnort	
Telefon Privat	
Telefon Arbeit	
Telefon Mobil	
Email-Adresse	
Beruf und Arbeitgeber	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?	

Gesundheitsfragen		
Anliegen: warum suchen Sie unsere Klinik auf?		
Besteht eine medizinische Grunderkrankung? Seit wann und welche Diagnose wurde gestellt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Akute medizinische Beschwerden: wo und seit wann?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Akute zahnmedizinische Beschwerden: wo und seit wann?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Zahnärztliche Behandlungen in den letzten 3 Jahren? Welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen seelisch-emotionalen Schock erlitten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Für Frauen: sind Sie schwanger und wenn ja, in welchem Monat?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____ . Monat

Ernährungsfragen		
Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Nehmen Sie Milchprodukte zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Essen Sie Fleisch oder Wurst? Wenn ja, welche und wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Essen Sie Fisch? Wenn ja, welchen und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Lifestyle-Fragen		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Produkte und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt?		
Nutzen Sie zu Hause oder an Ihrer Arbeitsstätte DECT-Telefone (schnurlos)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? Wenn ja, wie viele Minuten täglich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie weit ist der nächste Mobilfunkmast von Ihrem Schlafplatz entfernt und seit wann?		
Haben Sie W-Lan zu Hause und schalten Sie dieses nachts ab?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie W-Lan-Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie einen Netzfreischalter in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?		
Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?		

Unterschrift	
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.	Ort, Datum, Unterschrift
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Datenerhebung zu wissenschaftlichen Zwecken und der Anwesenheit von Fachpersonal zu Ausbildungszwecken einverstanden bin.	Ort, Datum, Unterschrift