



# Anamnesebogen für Neupatient\*innen

## Persönliche Angaben

.....  
Nachname

.....  
Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenversicherung

.....  
Aktuelle berufliche Tätigkeit

## Aktuelle gesundheitliche Beschwerden

Falls aktuelle gesundheitliche Probleme der Anlass für Ihren Besuch sind, beschreiben Sie diese bitte kurz.

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



## Erkrankungen, Verletzungen, Operationen

Haben Sie schwere oder wiederkehrende Erkrankungen?

Nein

Ja, und zwar: .....

Hatten Sie in der Vergangenheit Verletzungen?

Nein

Ja, Sportverletzungen: .....

.....

Ja, schwere Verletzungen durch Unfall: .....

.....

Ja, Operationen: .....

.....

Ja, sonstige Verletzungen: .....

.....

Haben oder hatten Sie Probleme mit den Zähnen oder Kiefergelenken?

Nein

Ja, und zwar: .....

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nein

Ja, und zwar: .....



## Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, und zwar: .....

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Vitamin- oder Mineralstoffpräparate ein?

Nein

Ja, und zwar: .....

.....

.....

.....

## Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?

Nein

Ja, seit: .....

Wie viel? .....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein

Ja, und zwar (was und wie oft?): .....

Treiben Sie Sport?

Nein

Ja, und zwar (was und wie oft?): .....



## Ihre gesundheitlichen Ziele

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit?

.....

.....

.....

.....