



Name u. Geb.datum :

Größe und Gewicht : _____ cm _____ kg

Allergien : _____

Was belastet Sie am stärksten und seit wann?

bitte beschreiben Sie kurz ihren Tagesablauf bezüglich

Arbeitszeiten: _____

Pausen: _____

Essenszeiten: _____

Freizeit: _____

Bewegung/Sport: _____

Schlafzeiten u Schlafqualität: _____

Glauben sie gesundheitsschädliche Angewohnheiten zu haben?

Welche? _____

Wo würden sie sich momentan auf einer Energieskala von 1 – 10
einsortieren (1= sehr schlapp und müde, 10= sehr fit und aktiv)

1-----5-----10

In welche Bereiche Ihres Lebens fließt die meiste Energie?

Was halten Sie für Ihre größten Energiefresser?

Was ist Ihre größte Kraftquelle?

In welchem Maße fühlen Sie sich anerkannt und unterstützt?

(1=gar nicht, 10=maximal) FAMILIE : _____

FREUNDE: _____

ARBEIT : _____

Welches der Grundgefühle :

Glück – Wut – Trauer – Angst – sexuelle Gefühle

spielt in Ihrem Leben die kleinste/größte Rolle?

Welchen Stellenwert hat Glaube / Spiritualität in Ihrem Leben?

(1=gar keinen, 10=sehr groß) _____

Gab es traumatische Ereignisse in Ihrem Leben? JA 0 Nein 0

Welche Ziele wollen Sie bezüglich Ihrer Gesundheit / Ihres Wohlbefindens erreichen?

Sind Sie bereit Ihren Lebensstil zu verändern , um Ihre Gesundheit zu verbessern ?

JA 0 NEIN 0

Bitte beschreiben Sie Ihre Verdauung bezüglich Häufigkeit, Konsistenz, Farbe, Blähungen, Schmerzen ...

Besonderheiten beim Wasserlassen?

Zyklusanamnese

Wann hatten Sie Ihre erste / ggf. letzte Monatsblutung? _____

Zykluslänge? _____

Besonderheiten? _____

Schwangerschaften / Geburten? _____

Besonderheiten? _____

Vorerkrankungen / Operationen? Wann?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

MUMPS _____ MASERN _____ RÖTELN _____

WINDPOCKEN _____ SCHARLACH _____

PFEIFFER'SCHES DRÜSENFIEBER _____

Gab es weitere Erkrankungen in der Säuglings- / Kleinkind- / Schulzeit?

Welche Impfungen hatten Sie? Wann?

Wissen Sie von Impfkomplicationen?

Welches Ausland haben Sie bereist?

Welche Ausbildung haben Sie?

In welchen Berufen haben Sie gearbeitet?

Gab oder gibt es in Ihrem Leben starke Belastungen durch Wohngifte,
Schwermetalle, Pestizide oder andere giftige Substanzen?

Gab es Unfälle in Ihrem Leben?

Zahnanamnese

Parodontose ? NEIN 0 JA 0

Amalgamfüllungen? NEIN 0 JA 0 ANZAHL ? _____

 entfernt? NEIN 0 JA 0 mit Ausleitung: NEIN 0 JA 0

Goldkronen? NEIN 0 JA 0 ANZAHL? _____

Brücken? NEIN 0 JA 0 ANZAHL? _____ MATERIAL: _____

Implantate? NEIN 0 JA 0 ANZAHL? _____ MATERIAL: _____

Wurzelbehandlungen? NEIN 0 JA 0 welche Zähne? _____

Gibt es eine Panoramaaufnahme Ihres Gebisses?

Bitte erfragen Sie die Zusammensetzung der Legierung Ihrer Kronen/Inlays
bei Ihrem Zahnarzt!

Welche Erkrankungen tauchen in Ihrer Herkunftsfamilie gehäuft auf?

MIGRÄNE 0 RHEUMA 0 GICHT 0 ADIPOSITAS 0 DIABETES 0

HERZERKRANKUNGEN 0 KREBSERKRANKUNGEN 0 DEPRESSION 0

ANDERE :

—

Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten auf :

Kaffee 0 Tee 0 Nikotin 0 Alkohol 0

Ibuprofen 0 Antidepressiva 0 β -Blocker 0

Codein (wirkungslos als Schmerzmittel) 0

hohe Empfindlichkeit auf Lösungsmittel 0

Welche Medikamente nehmen Sie?

1. _____ Dosierung: _____ seit: _____

2. _____ Dosierung: _____ seit: _____

3. _____ Dosierung: _____ seit: _____

4. _____ Dosierung: _____ seit: _____

DIE PILLE? NEIN 0 JA 0 seit: _____

VIELEN DANK !