

Liebe Patienten, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserem Zentrum. Die nachfolgenden Fragen sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte füllen Sie deswegen alle Seiten unseres Anamnesebogens aus und **informieren Sie uns im Laufe der Zeit über etwaige Änderungen der Angaben.** Vielen Dank.

☼ Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Beruf: _____

Hobby's: _____

Haustiere: _____

✉ E-Mail: _____

☎ Telefon: _____

☼ Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in Kg: _____

☼ Versicherungsstatus: ☐ Gesetzlich ☐ Privat

☼ Welche Zahnfüllungen haben Sie **derzeit**?

☐ Keine ☐ Amalgam ☐ Keramik ☐ Gold ☐ Kunststoff

☼ Welche Zahnfüllungen hatten Sie **früher**?

☐ Keine ☐ Amalgam ☐ Keramik ☐ Gold ☐ Kunststoff

☼ Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ☐ Ja ☐ Nein

☼ Haben Sie sich Ihre Weisheitszähne herausoperieren lassen? ☐ Ja ☐ Nein

☼ Haben Sie einen Retainer in Ihrem Mund? ☐ Ja ☐ Nein

☼ Bestehen bei Ihnen häufig unklare Symptome? (mehrere Angaben möglich):

☐ Sehstörung	☐ Druckgefühl im Kopf	☐ Depressivität
☐ Vorübergehende Schwerhörigkeit	☐ „Brain-Fog“	☐ Allgem. Lustlosigkeit
☐ Hörstörung	☐ Schwindel	☐ Schüchternheit
☐ Ohrensausen/-piepen/-brummen	☐ Ohnmachtsanfälle	☐ Panikattacken
☐ Geruchsstörung	☐ Kreislaufbeschwerden	☐ Stimmungsschwankungen
☐ Geschmackstörung	☐ Nachtschweiß	☐ Plötzliches Angstgefühl
☐ Erbrechen	☐ Vermehrtes Schwitzen	☐ Atemnot
☐ Übelkeit	☐ Vermehrtes Frieren	☐ Herzangst
☐ Bauschmerzen	☐ Gestörtes Kälte-Wärme-Empfinden	☐ Herzbeschwerden
☐ „Darmschmerzen“	☐ Augentränen-, jucken	☐ Herzschmerzen
☐ Magenschmerzen	☐ Trockene Nase	☐ Herzklopfen
☐ Sodbrennen	☐ Verstopfte Nase	☐ Herzrhythmusstörungen
☐ Aufstoßen aber nicht können	☐ Fließschnupfen	☐ Herzunruhe
☐ Schlafstörung	☐ Nebenhöhlenentzündung	☐ Bluthochdruck
☐ Hitzewallungen	☐ Herzrasen	☐ Niedriger Blutdruck
☐ Nackenschmerzen	☐ Reizhusten	☐ Blutfetterhöhung
☐ Rückenschmerzen	☐ Schluckbeschwerden	☐ Konzentrationsstörung
☐ Nierenschmerzen	☐ Auswurf	☐ Antriebslosigkeit
☐ Leistenschmerzen	☐ Durchfälle	☐ Verstärkte Müdigkeit
☐ Gelenkschmerzen	☐ Blähungen	☐ Mundgeruch
☐ Knieschmerzen	☐ Verstopfungen	☐ Mundtrockenheit
☐ Knochenschmerzen	☐ Hautrötungen	☐ Schleimhautprobleme
☐ Muskelkrämpfe-, schmerzen	☐ Akne	☐ Hals-Rachen-Beschwerden
☐ Muskelschwäche	☐ Hautausschlag	☐ Zungenbrennen
☐ Unruhige Beine	☐ Verhornungsstörungen der Haut	☐ Zahnfleischbluten
☐ Gefühlsstörungen	☐ Juckreiz	☐ Zittern
☐ Nervenstörungen	☐ Durchblutungsstörung	☐ Unsicherheiten beim Gehen
☐ Brüchige Nägel	☐ Geschwollene Augen-, Lider	☐ Entzündungen im Genitalbereich
☐ Haarausfall	☐ Geschwollene oder steife Gelenke/Extremitäten	☐ Regelstörungen
☐ Infektanfälligkeit		☐ Hormonstörungen
☐ Andere:		☐ Sexuelle Störungen
		☐ Harninkontinenz/Harnträufeln
		☐ Reizblase

☼ Schildern Sie bitte Ihre momentanen **drei** Hauptsymptome

Symptome seit: _____

Beschreibung: _____

☼ Welche Vorerkrankungen Sind bei Ihnen bekannt? z.B Bluthochdruck, Diabetes ...

☼ Besteht bei Ihnen gerade ein **akuter** Infekt? ☐ Ja ☐ Nein

☼ Hatten Sie schon mal einen Zeckenbiss mit oder ohne Hautrötung oder eine nachgewiesene Borreliose?

☐ Ja ☐ Nein

☼ Leiden Sie unter Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten oder konnten Sie allergische Reaktionen bei sich feststellen?

☐ Ja ☐ Nein

Ärztlich Festgestellt:

Selbst festgestellt:

☼ Wurden bei Ihnen Operationen/Erstversorgungen durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann:

☼ Nehmen/Nahmen Sie **regelmäßig** Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?:

☼ Hatten Sie auffällige Leberwerte? ☐ Ja ☐ Nein

☼ Hatten Sie auffällige Nierenwerte? ☐ Ja ☐ Nein



☼ Rauchen Sie:

- ☐ Nein
☐ Früher
_____ Stk./Tag
- ☐ aktuell
_____ Stk./Tag

☼ Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie durchschnittlich? Stunden

☼ Befinden Sie sich **derzeit** in einer außergewöhnlichen Stresssituation?

- ☐ Ja ☐ Nein

☼ Wie schätzen Sie Ihr derzeitiges Energielevel ein, in Prozent?



Von **0%** → keine oder wenig Energie
Energie

bis **100%** → volle

☼ Mit welchem Ziel möchten Sie eine Behandlung bei uns durchführen bzw. warum kommen Sie zu uns, was sind Ihre Wünsche?

Zusätzlich für die Frau:

☼ Besteht aktuell eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Monat befinden Sie sich: _____

☼ verhüten Sie hormonell?: ☐ Ja ☐ Nein

☼ Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift und Datum die Korrektheit der oben genannten Daten:

Ort, Datum, Unterschrift: _____



Bruckmoser
IMMUNANALYSE ZENTREN GMBH