Anamnesebogen

Im Rahmen unseres integrativen Medizinkonzepts ist eine ausführliche Anamnese wesentlich für den Behandlungserfolg. Deshalb bitten wir Sie, unseren Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Dieses PDF-Dokument können Sie herunterladen und auch auf Ihrem PC/MAC ausfüllen, speichern und im Anschluss per Mail im Anhang an > info@forvigor.de senden. Falls die Antwortfelder platztechnisch nicht reichen, steht Ihnen ein leeres Blatt auf Seite 4 zur Verfügung.



Behandelnder Arzt/Heilpraktiker	Patientennummer	Datum
Name Titel, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Telefon oder Mobilnummer privat	E-Mail	
01. Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns? Heilkunde Ernährung Sporttherapie	05. Welche Art der Behandlung Anspruch genommen?	g(en) haben Sie bereits in
Nähere Erläuterung:	a.) Hauptbeschwerden:	
	b.) Weitere Beschwerden:	
02. Welches sind die Beschwerden, wegen derer Sie uns aufsuchen?		
a.) Hauptbeschwerden:	06. Geben Sie die minimale un Hauptbescherden an!	d maximale Stärke Ihrer
	Minimale Stärke Ihrer Hauptbesch (0 = Beschwerdefrei bis 10 = Unerträ	
	0 1 2 3 4 5 Maximale Stärke Ihrer Hauptbesch	6 7 8 9 10
b.) Weitere Beschwerden:	(0 = Beschwerdefrei bis 10 = Unerträ	
	(0)(1)(2)(3)(4)(5)	
	07. Sind Sie durch die Hauptbe tungen des täglichen Lebens b	
03. Seit wann treten die Hauptbeschwerden auf?	Minimale Stärke Ihrer Hauptbesch (0 = Beschwerdefrei bis 10 = Unerträ	
Datum:	0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
04. Seit wann sind Sie mit Ihren Hauptbeschwerden in Behandlung?	Maximale Stärke Ihrer Hauptbesch (0 = Keine Beeinträchtigung bis 10 =	
Datum:	(0)(1)(2)(3)(4)(5)	(6)(7)(8)(9)(10)

8. Wie viele Ausfalltage hatten Sie aufgrund Ihrer Hauptbeschwerden?	14. Liegen aktuell (innerhalb des letzten halben Jahres) bis heute in folgenden Bereichen des Körpers Entzündungen oder Beschwerden (Störfelder) vor?			
Wann? Warum? Dauer?	Nasennebenhöhlen (Kieferhöhlen) Stirnhöhlen			
	Ohr Augen Mandeln			
9. Geben Sie alle bisherigen gesundheitlichen Probleme,	Kiefergelenke Kehlkopf/Stimme			
Erkrankungen, Diagnosen und Leiden seit Ihrer Kindheit in chronologischer Reihenfolge an, ausgenommen banale Infekte und vorübergehende Befindensstörungen! Wenn Unterlagen dazu vorliegen z. B. Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder, Befundberichte, OP-Berichte bringen Sie diese mit, wenn möglich als Kopie für unsere Unterlagen. Wann? Was?	Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:			
	15. In welchem dieser Störfelder gab es früher (einschl.			
	Kindheit) schwerere oder wiederkehrende Beschwerden? Nähere Erläuterung:			
	16. Nehmen Sie gegenwärtig regelmäßig Medikamente ein? Medikament/e, Zweck, Menge/Tag:			
10. Hatten Sie jemals eine der angegebenen Erkrankungen?				
Hepatitis Borreliose				
Lippenherpes Genitalherpes				
Pfeiffersches Drüsenfieber Gürtelrose	17. Nahmen Sie früher regelmäßig Medikamente ein?			
Andere	Medikament/e, Zweck, von/bis:			
11. Welche Operationen wurden wann durchgeführt?	, ,			
Wann? OP-Art?				
	40.41.51.41.51.11.41.11.5.51.11.41.11.41.11.41.11.41.11.41.11.41.11.41.4			
12. Wo sind durch kleine oder große Operationen welche	18. Als Patientin füllen Sie bitte die vier Rubriken aus!			
Narben entstanden!	Anzahl der Schwangerschaften:			
Bitte auch kleine Operation wie z. B. Leberfleckentfernungen erwähnen!	Anzahl der Geburten:			
Wann? Welche OP? Wo sitzt die Narbe?	Einahme der Pille:			
	Monatsblutung: regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft			
13. Welche Unfälle/Verletzungen haben Sie erlitten und sind dabei Narben entstanden?	19. Sind Sie im Besitz von Tattoos und Piercings?			
Wann? Was? Welche Narben?	Seit Wann? An welcher/n Körperstelle/n?			

20. Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit eine	28. Haben Sie Probleme mit der Verdauung?		
Neigung zu Suchtverhalten feststellen können?	Gehäuft Blähungen Neigung zur Verstopfung		
Rauchen Trinken Essen	Neigung zu Durchfail Nahrungsmittelunverträglichkeiten		
Hobbys Andere:	Nähere Erläuterung:		
21. Haben Sie wurzeltote oder wurzelbehandelte Zähne?			
Wenn ja, welche?	20 Cibé on hai llean Harrada diable idea 2		
	29. Gibt es bei Ihnen Unverträglichkeiten?		
	Wenn ja, Welche und seit wann?		
22. Welche Zähne fehlen Ihnen, auch Überbrückungen?			
Nähere Erläuterung:	ZO Wurden Allergien neehgeurieeen?		
	30. Wurden Allergien nachgewiesen? Wenn ja, Welche und seit wann?		
	weim ja, weiche und seit wahn!		
23. Haben oder hatten Sie Probleme mit einem Zahn z.B.			
Zahnschmerz, Eiter?	31. Wann haben Sie welchen Sport getrieben?		
Nähere Erläuterung:	Alter, Sportart:		
24. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?			
Amalgam Amalgam entfernt	32. Wie schätzen Sie Ihre allgemeine Lebenssituation ein?		
Kunststoff Gold Keramik	Wählen Sie aus:		
Andere:	(0 = Unerträglich bis 10 = traumhaft)!		
	(0)(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)		
25. Wie viele Zähne sind aktuell mit Amalgam gefüllt und	33. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst um Ihre Gesundheit zu erhalten?		
wie viele waren es Früher?	Nähere Erläuterung:		
Heute:			
Früher:			
26. In welchem Zustand befinden sich Ihre Weisheitszähne?	34. Welche Veränderungen erhoffen Sie sich durch unsere Forvigor-Methode?		
☐ Nicht angelegt ☐ Schief herausgekommen	Nähere Erläuterung:		
Herausoperiert Gezogen	runoro Endutorang.		
Im Kiefer eingeklemmt/noch nicht herausgekommen			
Bitte jeweils mit angeben, für welchen Weisheitszahn was zutrifft!			
27. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?			
☐ Ja ☐ Nein			
Wenn Ja; wann?			

ugspunkt vor Ihren An	tztechnisch nicht reic merkungen z.B. Punk	t 2: Text!	ieses biail zur vern	igung. Bitte Setzen	i Sie illillier d