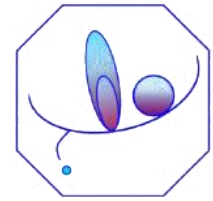


# Anamnesebogen



Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

**Hatten Sie eine dieser Krankheiten?**

**wann?**

- |  |      |        |       |
|--|------|--------|-------|
| Angina pectoris / Herzinfarkt            | O ja | O nein | ..... |
| Asthma, Allergien                        | O ja | O nein | ..... |
| Bronchial -, Lungenerkrankungen          | O ja | O nein | ..... |
| Ekzeme, Hauterkrankungen                 | O ja | O nein | ..... |
| Gallen-, Nierensteine                    | O ja | O nein | ..... |
| Gelbsucht, Lebererkrankungen             | O ja | O nein | ..... |
| Heuschnupfen                             | O ja | O nein | ..... |
| Herzrhythmusstörungen                    | O ja | O nein | ..... |
| Magen -, Darmerkrankungen                | O ja | O nein | ..... |
| Nieren -, Blasenkrankheiten              | O ja | O nein | ..... |
| Rheuma / Arthrose / Gicht                | O ja | O nein | ..... |
| Schilddrüsenüberfunktion/ -unterfunktion | O ja | O nein | ..... |
| Schlaganfall, Lähmung                    | O ja | O nein | ..... |
| Venenleiden                              | O ja | O nein | ..... |
| Zuckerkrankheit                          | O ja | O nein | ..... |

◆ Nehmen Sie Medikamente? O ja O nein  
 Falls ja, welche? .....

◆ Hatten Sie Operationen / Unfälle / Eingriffe? O ja O nein  
 Falls ja, welche? .....

◆ Haben Sie Allergien? O ja O nein  
 Falls ja, welche? .....

◆ Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden? O ja O nein  
 Falls ja, welcher Art? .....

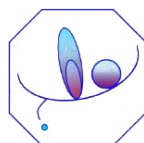
◆ Leiden Sie unter Rückenschmerzen / Kopfschmerzen? O ja O nein  
*bitte wenden*

- ◆ Rauchen Sie? Falls ja, wieviel pro Tag? ..... O ja O nein
- ◆ Trinken Sie Alkohol? Wieviel? ..... O ja O nein
- ◆ Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen / Hörgerät? O ja O nein
- ◆ Haben Sie einen Herzschrittmacher? O ja O nein
- ◆ Wie ist Ihr Blutdruck-Wert? O weiss nicht O normal O hoch O tief
- ◆ Haben Sie Zahnfüllungen? O ja O nein  
(Falls ja, kennzeichnen Sie diese bitte auf Blatt 3)
- ◆ Frauen:  
Besteht eine Schwangerschaft? ..... Woche O ungewiss O nein  
Schwangerschaften; wie viele? .....  
Geburten; wann? .....  
Wie ist Ihre Menstruation? .....  
.....  
Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate? O ja O nein
- ◆ Beziehung Mutter: .....
- ◆ Beziehung Vater: .....
- ◆ Beziehung heute zur übrigen Familie: .....
- ◆ Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? .....
- ◆ eigene Pubertät: .....
- ◆ Ab wann haben Sie Kindheitserinnerungen? .....
- ◆ Hatten Sie körperliche / psychische Schockerlebnisse? .....
- ◆ Zufriedenheit am Arbeitsplatz: .....
- ◆ persönliches Ziel: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....

Praxis für Naturheilkunde  
Nomita Chatterjee  
Zentralstrasse 32  
8610 Uster  
Tel. 076 536 38 77



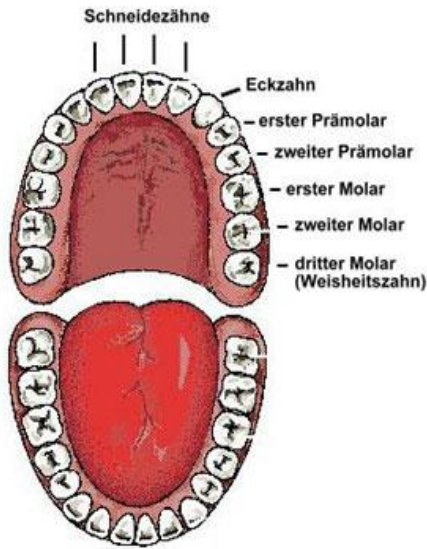
# Zähne

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Haben Sie Zähne die Füllungen haben, Implantate sind oder wurzelbehandelt wurden?  
Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Zähne.

Zur Erklärung:

- Zahn 1 und 2 wären die vorderen Schneidezähne, Zahn 3 ist der Eckzahn usw.
- Links wäre Ihre linke Körperseite



Oberkiefer	
links	rechts
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
-----	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
links	rechts
Unterkiefer	

Bitte ankreuzen:

Zahnfüllmaterial:     Gold             Amalgam             Kunststofffüllung (z.B. Komposit)

Sonstiges:

.....

.....

Praxis für Naturheilkunde  
Nomita Chatterjee  
Zentralstrasse 32  
8610 Uster  
Tel. 076 536 38 77

