**Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**

Anamnesebogen für Neupatienten

**Persönliche Daten**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| Postleitzahl |  |
| Wohnort |  |
| Telefonnummer |  |
| Email-Adresse |  |
| Versicherungsart | 🞏 Privat versichert 🞏 Gesetzlich versichert |

**Zielsetzung** (bitte einen Satz formulieren wie „Ich wünsche mir…“)

|  |
| --- |
|  |

**Hauptbeschwerden** (bitte nennen Sie maximal 3 Symptome)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Seit wann | Bisherige Therapie |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Toxinbelastungen**

(bitte beschreiben Sie die Vorgeschichte und aktuelle Situation)

|  |  |
| --- | --- |
| Amalgamfüllungen |  |
| Entzündungen im  Zahn-Kiefer-Bereich |  |
| Kontrastmittelgaben  (nur von MRT, nicht von CT) |  |
| Impfungen  (STIKO—Empfehlungen, sonstige, Corona) |  |

**Medikamenteneinnahmen**

(Wirkstoffname, Dosierung und wegen welcher Erkrankung)

|  |
| --- |
|  |

**Operationen und Vorerkrankungen** (mit Jahr der Operation)

|  |
| --- |
|  |

**Nahrungsergänzung** (Welche und Dosierung)

|  |
| --- |
|  |

**Laborwerte** (mit Einheiten angeben)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laborwertgruppe** | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Anmerkungen** |
| **Schilddrüse/Hypophyse** | | | | |
| TSH |  |  |  |  |
| fT4 |  |  |  |  |
| fT3 |  |  |  |  |
| T3, reverse |  |  |  |  |
| **Grundstoffe Schilddrüse** | | | | |
| Gesamteiweiß |  |  |  |  |
| Selen (Vollblut) |  |  |  |  |
| Ferritin |  |  |  |  |
| Jod im Urin |  |  |  |  |
| **Nebennierenhormone (Blut) und Sexualhormone** | | | | |
| DHEA-S (Altersabhängigkeit!) |  |  |  |  |
| Progesteron |  |  |  |  |
| Östradiol |  |  |  |  |
| Testosteron, frei |  |  |  |  |
| Cortisol (Morgenwert) |  |  |  |  |
| **Grundstoffe Nebenniere** | | | | |
| Coenzym Q10 |  |  |  |  |
| **Vitamin D** | | | | |
| Vitamin D 25OH |  |  |  |  |
| **Durchblutung/Leberstoffwechsel** | | | | |
| Homocystein |  |  |  |  |
| **Antioxidantien** | | | | |
| Omega-3-Index |  |  |  |  |

**Sonstige Befunde/ Laborwerte**

|  |
| --- |
|  |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben soweit möglich wahrheitsgemäß gemacht habe.

**Datum Unterschrift**

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Bitte beachten Sie, dass wir einige Zeit brauchen werden, um Ihre Angaben auszuwerten. Das kann bis zu 6 Wochen dauern. Sehen Sie bitte von Nachfragen vor Ablauf dieser 6 Wochen ab.

**Ihr Team von** Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung