



Andrino

Leitfaden für die Erstanamnese

Lieber Patient,

der folgende Andrino-Leitfaden dient Ihnen und Ihrem Therapeuten als **Orientierungshilfe**. So vergessen Sie während des Therapeutengesprächs keine wesentlichen Details und können auf etwaige Fragen schnell und konkret antworten. Versuchen Sie das Merkblatt, vielleicht zusammen mit Ihrem Coach, bereits im Vorfeld auszufüllen.

Setzen Sie sich zusammen und nehmen Sie sich Zeit!

Anschließend bringen Sie den Bogen doch einfach mit zu Ihrem Therapeutengespräch. Benutzen Sie Ihre Aufzeichnungen als Spickzettel. Eventuell hat Ihr Therapeut sogar Interesse an Ihrem Andrino-Leitfaden. Es spricht absolut nichts dagegen ihm den ausgefüllten Anamnesebogen als Ergänzung für seine Patientenakte auszuhändigen.

Denken Sie auch daran **Kopien Ihrer Vorbefunde** zu machen. Dazu gehören Röntgenbilder (möglichst auch vom Kiefer-/Rachenraum), Aufnahmen sämtlicher bildgebender Verfahren wie CT und MRT usw., Befundberichte sowie OP-Berichte oder Diätpläne.

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Anamnesebogen ausdrucken und von Hand ausfüllen oder den Bogen gleich am Computer ausfüllen und anschließend ausdrucken. Um den Anamnesebogen digital ausfüllen zu können, benötigen Sie den kostenfreien [Acrobat Reader](#), welchen Sie auf der Webseite von Adobe bekommen können. Ihre Daten werden hier nicht gespeichert.

1.

Aktuelle Symptome und Beschwerden

z. B. Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, wiederkehrende Entzündungen, Infektneigung, leichtes Frieren, Schwitzen in der Nacht, häufiges Wasserlassen, Völlegefühl, Atemnot, Verdauungsprobleme/Stuhlnunregelmäßigkeiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit sowie chronische Erkrankungen.

Haupt-Beschwerden

Inkl. Beginn des Auftretens und die Stärke der Beschwerde

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									

Weitere Beschwerden

Inkl. Beginn des Auftretens und die Stärke der Beschwerde

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									
_____	<input type="radio"/>									

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

2.

Störfelder/Herde

z. B. Nasennebenhöhlen, Stirnhöhlen, Ohr, Augen, Mandeln, Kiefergelenke, Kehlkopf/Stimme

Entzündungen aktuell

Inkl. Beginn des Auftretens.

Nebenhöhlen, Kiefer, Zahnherde, Narben, Tattoos, Piercings, Spirale

3.

Zähne

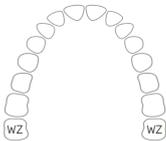
Wurzeltote oder wurzelbehandelte Zähne?

Ja Nein

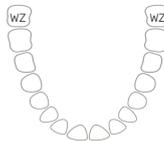
Behandlung, wann? _____

Welche Zähne fehlen?

Oberkiefer
(bitte ankreuzen)



Unterkiefer
(bitte ankreuzen)



Seit wann? _____

Kieferorthopädische Behandlung?

Ja Nein

Behandlung, wann? _____

Schmerzen/Zahnprobleme?

Ja Nein

Wann/Seit wann? _____

Was? _____

Sind Zähne aktuell gefüllt?

z. B. Amalgam, Palladium, Gold? Ja Nein

Seit wann? _____

Wurden Füllungen in der Vergangenheit entfernt. Wenn ja, wann und von wem?

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

4.

Frühe Entwicklung

Wurden Sie auf natürlichem Weg geboren?

Ja Nein

Wurden Sie gestillt?

Ja Nein

Wie groß war der Kontakt zur Natur als Kind?



5.

Frühere Erkrankungen/ Beschwerden/ Unfälle

Erkrankungen/Beschwerden/Unfälle

*z. B. Hepatitis, Borreliose, Herpes, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Unfall?
Keine Befindungsstörungen oder banalen Infekte. Stichpunktartig...*

Infektionen

Welche Infektionskrankheiten wurden durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Polio (Kinderlähmung), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Syphilis, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Tropenkrankheiten, Tuberkulose

Sonstige: _____

Wurden dagegen Antibiotika verordnet?

Ja Nein

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Bereits durchgeführte Therapien/ Behandlungen

Schulmedizin/Etablierte Medizin

Stichpunktartig...

Behandlung, wann? _____

Biologische Medizin/Alternative Medizin

Stichpunktartig...

Wann? _____

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose, Röteln, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Gelbfieber, Tetanus, Cholera,
 HIB, Pocken, Keuchhusten, Hepatitis, Masern, HPV, Mumps, Grippe

Sonstige: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. B. Fieber, Schlaflosigkeit, Krämpfe

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Operationen

Stichpunktartig...

Wann? _____

7. Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel

Bitte alles angeben, auch freiverkäufliche Präparate und Hormone/Pille

Aktuell regelmäßige eingenommene Medikamente

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Nahrungsergänzungsmittel

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Früher regelmäßig eingenommene Medikamente

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

Dosis? _____ Seit wann? _____ Dosis? _____ Seit wann? _____

8. Stress/Schlaf

Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie gut schlafen Sie?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Einschlafprobleme, Durchschlafprobleme, Nachtschweiß, Häufiges Wasserlassen

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Zucker/Süßigkeiten/Kuchen

Was besonders?



Milchprodukte/Eier

Was besonders?



Weißmehlprodukte

Was besonders?



Getränke/Alkohol

Was besonders?

Tägliche Trinkmenge?



Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Wenn ja, welche Sportarten?

Wie viele Minuten pro Woche?

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Datum

Berufliche Belastung durch Chemikalien/Giftstoffe?

Wohnung

- Schimmelpilzbelastung, Antiquitäten, Holzschutzmittel, Teppichböden, Funkmasten,
 Überlandleitung

Sonstige: _____

Schlafzimmer

- Elektrische Geräte, W-Lan, Mobiltelefon, Eingebaute Motoren

Sonstige: _____

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- Konventionelle Biologische

Rauchen Sie/Haben Sie geraucht?

Aktuell Ja Aktuell Nein Früher, wie lange? _____

Falls aktuell ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____ Datum _____