



# ANAMNESEBOGEN Kiefer

1/3

Name  Vorname

Straße  PLZ, Wohnort

Telefon  Geburtsdatum

Krankenkasse  Beihilfe  Ja  Nein

Beruf

Sport/Hobbys

Hausarzt

Empfehlung durch

Was sind Ihre akuten Beschwerden?

---

---

Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wann äußern sie sich?

---

---

Leiden Sie unter den folgenden Symptomen?

Knirschen/Pressen  Ja  Nein

Verletzungen an Zunge/Lippen  Ja  Nein

Zahn- oder Kiefergeräusche  Ja  Nein

Kopfschmerzen  Ja  Nein

Schwindel  Ja  Nein

Ohrgeräusche  Ja  Nein



# ANAMNESEBOGEN Kiefer

PRAXIS HANDWERK

2/3

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

Haben Sie Schmerzen im Körper?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte bewerten Sie Ihren Schmerz:

Schmerzskala  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sind Sie damit in Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

---

---

Hatten Sie schon einmal ein OP?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche?

---

---

Waren Sie dabei in Vollnarkose?  Ja  Nein

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

Haben Sie Hautprobleme?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---



# ANAMNESEBOGEN Kiefer

3/3

PRAXIS HANDWERK

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VIELEN DANK!**