Kurzanamnese

CLUSTER THERAPIE

Name:		
Geburtsdatum/Familienstand:		
Kinder/Alter der Kinder:		

Beruf(e):	

Tägliche Trinkmenge:	
Regelmäßigkeit des Stuhlgangs:	
Tägliche Schlafmenge und -qualität:	

Bevorzugte Ernährung:	

Aktuelle Medikamenteneinnahme (auch Nahrungsergänzungen):	

Impfungen: Welche? Wann?	

Zahnstatus: • Wurzelbehandelte Zähne? • Füllungen, Implantate? • Fehlende Zähne?	

Operationen im Laufe des Lebens:	

Unfälle:	

Aktuelle Beschwerden somatisch:	

Aktuelle Beschwerden psychisch:	

Besonderheiten in der Familiengeschichte (frühzeitiger Tod der Eltern, Traumata, u.A.):	