

Bitte Seite 2 beachten!

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen (**3 Seiten**) vor Ihrer Konsultation aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name

Adresse

Geb.-Datum **Beruf**

Telefon privat **Telefon geschäftl.**

Größe **Gewicht**

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:

Art der Erkrankung	Ja	Nein	Seit / mitbehandelnder Arzt / Klinik
Kreislauferkrankung in der Vorgeschichte			
Bluthochdruck			
Herzkrankheit / Herzinfarkt			
Kreislauf-/ Gefäßerkrankung			
Blutungs-/Thromboseneigung			
Blutzucker (Diabetes)			
Magenerkrankung			
Leber- und / oder Nierenerkrankung			
Asthma			
Tuberkulose			
Sonstige Lungen- und/oder Atemwegs-Erkrankungen			
Wirbelsäulen-/ Gelenkerkrankung			
Stoffwechselstörung			
Schilddrüsenerkrankung			
Infektionskrankheit			
Nervenerkrankung			
Augenerkrankung			

Art der Erkrankung	Ja	Nein	seit / mitbehandelnder Arzt / Klinik
Hormonstörungen			
Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)			
Psychische Erkrankungen			
Sonstiges			

Leiden Sie an Allergien?

☐ Nein ☐ Ja → seit
 seit
 seit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(bitte auch alle pflanzlichen Medikamente und Nahrungsergänzungstoffe wie z. B. Johanniskraut, Mistel, Vitaminpräparate usw. angeben)

☐ Nein ☐ Ja → seit
 seit
 seit

Rauchen Sie regelmäßig?

☐ Nein ☐ Ja → wieviel seit

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ Nein ☐ Ja → wieviel

Sind Vorerkrankungen (z. B. Krebs, Herzinfarkt usw.) in Ihrer Familie bekannt?

☐ Nein ☐ Ja → Krankheit
 wer wann

 Krankheit.....
 wer wann

 Krankheit
 wer wann

Wurden Sie schon einmal operiert?

☐ Nein ☐ Ja → welche OP wann.....

 welche OP wann

 welche OP wann

Leiden Sie unter Schmerzen?

☐ Nein ☐ Ja → wo seit

Stärke: kaum wenig mittelmäßig ziemlich sehr

wo seit

Stärke: kaum wenig mittelmäßig ziemlich sehr

Wurden Ihre Schmerzen schon behandelt:

☐ Nein ☐ Ja → wie wann.....

Vegetative Anamnese

Appetit	Normal	Vermehrt	Vermindert
Durst	Normal	Vermehrt	Vermindert
Stuhlgang	Normal	Durchfall	Verstopfung
Wasserlassen	Normal	Schmerzen	Öfter nachts
Gewicht	Konstant	Zunahme	Abnahme

Sonstige Ihnen wichtig erscheinende Angaben:

.....
.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!