

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus und bringen ihn zu dem vereinbarten Termin mit.

Vielen Dank

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Beruf _____ Stand _____ Kinder _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung _____

Email-Adresse _____

Ihre momentanen Beschwerden, weswegen Sie zu mir kommen?

Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Blutgruppe _____

Vorerkrankungen? _____

Sind Sie geimpft? _____

Welche Medikamenten nehmen Sie derzeit ein? _____

Sind Allergien bekannt? _____

Wenn ja welche _____

Hauterkrankungen? _____

Krankheiten in der Familie?

Bluthochdruck _____ Diabetes _____

Herzinfarkt _____ Asthma _____ Krebs _____

Lungenerkrankung _____

HIV? _____ Hepatitis? _____

Haben Sie täglichen Stuhlgang? _____

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag und woraus setzt sich diese Zusammen?

Was essen Sie am liebsten?

Süß _____ oder salzig _____ sind Sie Vegetarier? _____

Blähungen? _____ Darmentzündungen? _____ Hämorrhoiden? _____

Analfissuren? _____ Parasiten? _____

Operationen? _____

Narben? _____

Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____

Verhütung? _____

Hormone? _____ Spirale? _____ Pille? _____

Monatsblutung:

regelmäßig _____ unregelmäßig _____ schmerzhaft _____

Wie schlafen Sie? _____ mit Schlafmittel? _____

Träumen Sie? _____ Viel? _____ Alpträume? _____ Wiederkehrend? _____

Nehmen Sie Psychopharmaka? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? _____ Sportart: _____

Rauchen Sie? _____ pro Tag _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Täglich? _____

Haben Sie Haustiere? _____ Welche? _____

Ettlingen, den _____ Unterschrift _____

Sonstige Bemerkungen Ihrerseits: _____

Ettlingen, den _____ Unterschrift _____