

Anamnese-Bogen

Datum:

Name , Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Konsultationsgrund: _____

bisherige Therapeutische Maßnahmen: _____

OP's inkl. Jahresangaben: _____

Unfälle inkl. Jahresangaben: _____

Nehmen Sie Medikamente? _____

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten? _____

Machen Sie Sport? _____

Wie schlafen Sie? _____

Können Sie gut einschlafen? _____

Können Sie gut durchschlafen? _____

Fühlen Sie sich erholt? _____

Haben Sie Stress? _____

Rauchen Sie? _____
Wenn ja wie viele tägliche? _____

Alkoholkonsum/Woche? _____

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen? _____

Organabfrage:

Haben/Hatten Sie Probleme mit...

Schilddrüse:

Herz/Kreislauf:

Lunge:

Magen (z.B. Sodbrennen, Magenschmerzen,...)

Verdauung:

Bauchspeicheldrüse (Zuckerkrank):

Leber:

Nieren:

Blase:

Gynäkologische Probleme:

Probleme mit Prostata:

Für Frauen: Haben Sie Kinder? _____

Wenn ja wieviele? _____

Wie wurden diese geboren? _____

Familienanamnese: Gibt es Erkrankungen in der Familie wie

Herzinfarkt/Schlaganfall

Epilepsie

Multiple Sklerose

Parkinson

Tumorerkrankungen

Sonstiges

Sonstige Anmerkungen: _____

