

ANAMNESEBOGEN - ERWACHSENE

Liebe Patienten,

Datum. _____

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, kreuzen Sie entsprechendes an und geben Sie nähere Erläuterungen. Die Angaben sind freiwillig und werden nach gültigem Datenschutz behandelt. Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen!

Name _____ Tel./Mobil _____ Hausarzt: _____

e-mail-Adresse _____ Geb.Dat.: _____ Zusatzvers. ja nein

Schul-+Ausbildung/Beruf

Familienstand

Beruf: _____ Rentner nein ja ledig verheiratet geschieden verwitwet Kinder

Jetzige Beschwerden|Anliegen|bisherige Therapie

Vorerkrankungen|Innere Erkrankungen|Stoffwechselerkrankungen|andere Erkrankungen (gyn., urolog.) ja nein

Genauere Angaben! _____

Orthopädische Erkrankungen|Verletzungen/Operationen (z.B. Unfälle, Brüche, Stürze, Wunden) ja nein

Genauere Angaben! _____

Medikamente|Pille|Vitaminpräparate|Nahrungsergänzungsmittel|Abführmittel|Naturheilmittel ja nein

Genauere Angaben: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Zigaretten ja nein gelegentlich Ex-Raucher Alkohol ja nein gelegentli.

Impfungen ja nein welche? _____

Allergien|Unverträglichkeiten|Hauterkrankungen|Juckreiz (Nahrungsmittel, Medikamente) ja nein

Genauere Angaben: _____

Stuhlgang|Urin|Periode normal Durchfälle Verstopfung Blutbeimengung nächtli. Wasserlassen

Probleme beim Schlaf ja nein Einschlafstörungen Durchschlafstörungen vermehrtes Schlafen

Sport nein ja, welcher: _____ gelegentlich regelmäßig

Zahnerkrankungen nein ja, welche: _____ Brücken/Kronen/Prothese: nein ja

Erkrankungen in der Familie (Erbkrankheiten, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen, verstorben?)

Mutter: _____ Vater: _____

Leibliche Geschwister: _____ Großeltern: _____

Psychische Belastungen (0=schwach, 10=stark - bitte zutreffendes ankreuzen)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

wodurch bedingt: _____

Informationsbedarf / Interessen

- Gesundheits-Check | Krebsvorsorge | Reisemedizinische Beratung | komplementäre Onkologie |
 Sportmedizin, Fitness-Check | Tauchuntersuchung | Osteopathie | Akupunktur |
 Eigenbluttherapie / Ozon-Therapie | Raucherentwöhnung | Recall-System: Ich wünsche explizit keine Recalls

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung | Internetsuche / HP | Ärzteportal, z.B. Jameda | sonstiges: _____