

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: _____

Vegetative Anamnese

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

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: _____

andere psychische/psychosomatische Belastungen/Störungen/Erkrankungen?

Genauere Angaben: _____

Informationsbedarf / Interessen

- Gesundheits-Check Krebsvorsorge spezielle Labor-Diagnostik Impfung Reisemedizinische Beratung
- Naturheilverfahren | komplementäre Onkologie Sportmedizin | Fitness-Check | Sporttherapie Tauchuntersuchung
- Osteopathische Medizin Akupunktur Gewichtsreduktion / Ernährungsumstellung Nahrungsergänzung
- Eigenbluttherapie | Ozon-Therapie Nordic Walking | Skiken | XCO Raucherentwöhnung