

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient,

dieser Anamnesebogen dient der Erfassung Ihres Gesundheitszustandes. Durch viele Informationen ist es mir möglich eventuelle Zusammenhänge zu erkennen, die auf das aktuelle Beschwerdebild hinweisen. Es hilft mir bei der Diagnosestellung, einer ganzheitlichen Betrachtung und eventueller Therapiewahl.

Name	
Anrede	
Vorname	
Nachname	

Anschrift	
Straße	
Postleitzahl / Ort	

Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail Adresse	

Zur Ihrer Person			
Geburtsdatum			
Größe (m)			
Gewicht (kg)			
Raucher	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> </table>	JA	NEIN
JA	NEIN		
Ausgeübter Beruf			

Ihre Momentanen Beschwerden		
Mögliche Auslöser dafür(Unfall, Impfung, Infektionskrankheit, chron. Erkrankungen, Trauer etc.)		

Vorerkrankungen		
Hauterkrankungen	JA	NEIN
Nierenerkrankungen	JA	NEIN
Lebererkrankungen	JA	NEIN
Magenerkrankungen	JA	NEIN
Gallenerkrankungen	JA	NEIN
Lungenerkrankungen	JA	NEIN

Herzerkrankungen / Herzinfarkt	JA	NEIN
Bluthochdruck	JA	NEIN
Schilddrüsenerkrankungen	JA	NEIN
Rheuma	JA	NEIN
Gicht	JA	NEIN
Depressionen	JA	NEIN
Sonstige	JA	NEIN

Aktuelle Medikation

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie schonmal?		
Masern	JA	NEIN
Mumps	JA	NEIN
Röteln	JA	NEIN
Scharlach	JA	NEIN
Windpocken	JA	NEIN
Pfeiffersches Drüsenfieber	JA	NEIN
Gürtelrose	JA	NEIN
Tropenkrankheiten	JA	NEIN

Wurden Sie schonmal operiert (Blinddarm, Mandeln, Herz etc.)?

Haben Sie Allergien?		
Heuschnupfen	JA	NEIN
Tierhaar	JA	NEIN
Nahrungsmittel	JA	NEIN
Antibiotika oder andere Medikamente	JA	NEIN
Lidocain	JA	NEIN

Haben Sie Zahnfüllungen aus Amalgam oder hatten Sie in der Vergangenheit welche?	
JA	NEIN

Ort, Datum und Unterschrift