

# Anamnesebogen

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

2. Schildern Sie Ihre aktuellen Beschwerden:

---

3. Welche anderen Krankheiten haben Sie?

---

4. Welche Operationen hatten Sie?

---

5. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

---

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Medikamente \_\_\_\_\_ Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Pollen \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_

7. Neigen Sie zu Verstopfung Durchfall Schlafstörung?

8. aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_

9. Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

10. Wie viel Alkohol nehmen Sie zu sich? \_\_\_\_\_

11. Welche Impfungen haben Sie? \_\_\_\_\_

12. Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselerkrankungen in der Familie?

---