



Anamnesebogen

Liebe Patienten,

dieser Fragebogen soll helfen, Sie so gut und gründlich und so erfolgreich wie möglich zu behandeln, damit Sie bald wieder beschwerdefrei sind.

Wichtig sind besonders frühe Erkrankungen, durchgemachte Operationen und Medikamente, die Sie einnehmen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und geben Sie ihn an unserer Anmeldung oder noch besser bei Ihrem ersten Arztgespräch ab.

Vielen Dank!

Bitte beantworten Sie bei Ihrem ersten Besuch folgende Fragen:

Nachname: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geboren am: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

Faxnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Datum: _____

1. Schildern Sie Ihre Beschwerden. Wann treten sie auf? Seit wann bestehen sie?

2. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

3. Welche schweren Krankheiten hatten Sie früher? Wann?

4. Hatten Sie bereits Operationen? Welche? Wann? Wo?



**5. Welche Schutzimpfungen haben Sie erhalten?
Wann? Wo? (Impfausweis bitte vorlegen)**

6. Gibt es in Ihrer Verwandtschaft
 Zuckerkrankheit **Bluthochdruck** **Schlaganfall**
 Krebs **Nervenkrankheiten**

7. Kinderkrankheiten:
 Masern **Mumps** **Röteln** **Windpocken**
 Keuchhusten **Gelbsucht**

**8. Ihre Körpergröße _____cm? | Ihr Gewicht _____kg?
Ihr BMI? _____**

**9. Haben Sie Gewicht abgenommen? Wieviel _____kg?
In welcher Zeit?**

10. Schlafen Sie ruhig? Ja Nein

11. Leiden Sie an Atemnot Herzklopfen geschwollenen Beinen

12. Haben Sie Husten Auswurf

13. Leiden Sie an Bauchschmerzen Durchfall Verstopfung

14. Ist Ihr Stuhl auffällig schwarz blutig

15. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen

16. Haben Sie Beschwerden beim Gehen

17. Rauchen Sie? Was _____? Wieviel _____Stück/Tag

**18. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Was _____?
Glas/Tag _____? Flasche/Tag _____?**

**19. Ist eine Überempfindlichkeit oder Allergie bekannt?
 Allergie/Hühnereiweiß Allergie _____ Empfindlich _____**

**20. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
Was wurde geröntgt? Wo?**

**21. Wurde je eine Magenspiegelung Dickdarmspiegelung
durchgeführt? Wann? Wo?**

**22. Für Frauen: Letzte Periode _____?
Letzte Untersuchung beim Frauenarzt _____? Wo? _____**

**23. Haben Sie noch andere gesundheitl. Probleme, über die Sie nur im
 persönlichen Gespräch reden wollen?**

**24. Hatten Sie schon einmal eine Akupunktur _____?
Wo _____?**