

ANAMNESEBOGEN

Name/Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Versicherung: privat gesetzlich Zusatzvers. Name der Vers.: _____

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Therapieziel / Anliegen: _____

Soz. Anamnese: ledig verheiratet geschieden _____ Kinder _____ Geburten

Beruf: _____

Kinderkrankheiten: Masern Mumps Röteln Windpocken andere _____

Allergien: _____

Schilddrüsenerkrankung: _____

Herz-Kreislauf (Blutdruck)-Erkrankungen: _____

Lungenerkrankung: _____

Erkrankung d. Bauchorgane: Magen Bauchspeicheldrüse Darm Leber Gallenblase Milz Nieren

Erkrankung d. Beckenorgane: Gebärmutter Eierstöcke Blase Prostata

Operationen: _____

Narben: _____

Infektionserkrankungen: Hepatitis Tuberkulose Aids _____

Medikamente: _____

Impfungen: _____

Sonstiges, wichtiges: _____

Periode: regelmäßig unregelmäßig leicht stark letzte Periode: _____

Erkrankungen der Eltern u./o. Geschwister: _____

Hausarzt: _____