

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: keine _____

Schilddrüsenerkrankung: keine _____

Herz-Kreislauf (Blutdruck)-Erkrankungen: keine _____

Lungenerkrankung: keine _____

Erkrankung d. Bauchorgane: keine Magen Bauchspeicheldrüse Darm Leber/GB Milz Nieren

Erkrankung d. Beckenorgane: keine Gebärmutter Eierstöcke Blase Prostata

Operationen: keine _____

Narben: keine _____

Infektionserkrankungen: keine Hepatitis Tuberkulose Aids andere _____

Medikamente: keine _____

Impfungen: _____

Sonstiges, wichtiges: _____

Periode: regelmäßig unregelmäßig leicht stark letzte Periode: _____

Erkrankungen der Eltern u./o. Geschwister: _____

Hausarzt, Adresse: _____