

Anamnese-Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich zu Hause die Zeit und füllen Sie diesen Anamnese – Fragebogen vor unserem ersten Termin in aller Ruhe und sehr gründlich aus.

Name

Anschrift

Geburtsdatum Telefon

Beruf

E-Mail

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

.....
.....
.....
.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (regelmäßig/bei Bedarf)?

.....
.....
.....
.....

Körpergröße

Gewicht

Brille ja

Hörgerät ja

nein

nein

Welche Kinderkrankheiten / Infektionskrankheiten hatten Sie?

..... Masern

..... Tetanus

..... Mumps

..... Tuberkulose

..... Röteln

..... Pfeiffersches Drüsenfieber

..... Scharlach

..... Hepatitis Typ

..... Windpocken

..... Gürtelrose

..... Keuchhusten

..... Toxoplasmose

..... Polio

..... Meningitis

Weitere z.B. Lungenentzündung, Salmonellose, Borreliose, Tropenkrankheiten usw.

.....
.....

Wurden Sie operiert z.B. Blinddarm, Brüche, Laparoskopie, Mandeln, Unfälle usw.?

Bitte mit Jahreszahl

.....
.....
.....
.....

Welche Impfungen haben Sie erhalten (bitte Impfausweis mitbringen)?

.....
.....
.....

Wurden verstärkte Impfreaktionen beobachtet – welche, bei welcher Impfung?

.....
.....

Leiden Sie unter Allergien? – bitte aufzählen

.....
.....
.....

Für Patientinnen

Beginn der Monatsblutungen

Beginn der Menopause

Anzahl der Schwangerschaften

Anzahl der Geburten

Einnahme der Pille ja

nein

Nehmen Sie Hormonpräparate

Schlafverhalten

Wie lange schlafen Sie gewöhnlich

Gibt es Schlafstörungen(welche/wie oft/wann)

.....
.....

Ihre Krankengeschichte chronologisch

Bitte erfassen Sie alle bekannten Erkrankungen, Unfälle, Operationen in chronologischer Reihenfolge mit Angabe des Lebensalters:

- 1. Lebensjahr
- 2. Lebensjahr
- 3. Lebensjahr
- 4. Lebensjahr
- 5. Lebensjahr
- 6. Lebensjahr
- 7. Lebensjahr
- 8. Lebensjahr
- 9. Lebensjahr
- 10. Lebensjahr
- 11. Lebensjahr
- 12. Lebensjahr
- 13. Lebensjahr
- 14. Lebensjahr
- 15. Lebensjahr
- 16. Lebensjahr
- 17. Lebensjahr
- 18. Lebensjahr
- 19. Lebensjahr
- 20. Lebensjahr
-
-
-
-
-
-

Gab es Krankenhaus- oder Kuraufenthalte (wann, wie oft, wie lange, warum)?

.....
.....
.....
.....

Welche Therapieverfahren werden aktuell bei Ihnen angewendet(z.B.Physiotherapie)?

.....
.....
.....

.....

Datum

.....

Unterschrift