

Anamnesebogen

| | | | |
|---------------|-------|--------------|-------|
| Name | _____ | Geburtsdatum | _____ |
| Vorname | _____ | Gewicht | _____ |
| Straße | _____ | Tel. privat | _____ |
| PLZ/Ort | _____ | Tel. Arbeit | _____ |
| Beruf | _____ | Handy-Nr. | _____ |
| Familienstand | _____ | Fax | _____ |
| Größe | _____ | E-mail | _____ |

Versicherung

privat versichert bei _____

Beihilfe _____

gesetzlich versichert bei _____

Heilpraktiker-Zusatzversicherung

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Adresse, Telefonnummer

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS etc.) Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

Haben Sie eine Allergie oder besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? Ja Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen

Pollen (welche Art von Pollen und zu welcher Jahreszeit)

Lebensmittel (welche) _____

Sonstiges _____

Leiden Sie an Herzerkrankungen? Ja Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

Herzschwäche (Insuffizienz) Herzschrittmacher, Herzklappenersatz

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Herzasthma, Angina pectoris

Sonstiges _____

Leiden Sie an Kreislaufkrankungen? Ja Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

zu hoher Blutdruck Ohnmachtsanfälle

zu niedriger Blutdruck Sonstiges

Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Magen-Darmerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Sonstiges _____

Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

Epileptiforme Anfälle

Krämpfe

Sonstiges _____

Leiden Sie an Bluterkrankungen?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

Blutungsneigung (Hämophilie)

Blutarmut (Anämie)

Sonstiges _____

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

chronische Erkrankung der Atemwege

Aids

Augenerkrankung _____

Gelenkerkrankung _____

Sonstiges _____

Sind Sie drogenabhängig?

Ja

Nein

Sind Sie alkoholabhängig?

Ja

Nein

Besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja

Nein

Falls ja, in welchem Monat der Schwangerschaft befinden Sie sich? _____

Sind Ihnen Krankheiten in Ihrer Familie bekannt?

Ja

Nein

(Eltern, Großeltern, Geschwister)?

Falls ja, bitte entsprechend ergänzen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Sonstiges: _____

