



Anamnesebogen

Persönliche Daten

Vorname / Name _____ geb. am _____

Straße / Ort _____

E-Mail _____ Telefon: _____

Beruf _____ Krankenkasse _____

Körpergröße cm _____ Gewicht _____ Blutgruppe _____

1. Ihre momentanen Beschwerden. Weswegen kommen Sie zu mir?

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

2. Was haben Sie bereits unternommen, um Besserung zu erfahren?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? (Bitte ankreuzen)

Masern Röteln Mumps Windpocken Scharlach

4. Sind Sie geimpft worden? Wenn ja, welche Impfung? Und wann?

5. Haben Sie Narben? Wenn ja, wo und wodurch sind sie entstanden?

6. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Bitte ankreuzen und ergänzen.

Heuschnupfen Pollen Hausstaub Tierhaare

Nahrungsmittel: _____

sonstige Allergien: _____

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?
Wenn ja, welche?

8. Sind Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck Diabetes Rheuma Asthma Gicht

Epilepsie Verdauungsstörungen Durchblutungsstörungen

Sonstige: _____

9. Sonstige Beschwerden

10. Ihre Ernährungsgewohnheiten. Was essen Sie bevorzugt, zum

Frühstück: _____

Mittag: _____

zwischendurch: _____

Abendessen: _____

Getränke: _____

Datum _____ Unterschrift _____