



Patienten-Anamnesebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____ email _____

PLZ Ort _____ Tel _____

Krankenversicherung gesetzlich privat welche _____

Bestehende Vorerkrankungen

Bluthochdruck ja nein Diabetes ja nein

Herzkrankheit ja nein Allergien ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Gelenkerkrankung ja nein

Operationen ja nein

Wenn ja: wann und weswegen _____

Psychische/psychosomatische Erkrankungen ja nein

Sonstige Erkrankungen _____

Besonderheiten _____

Lebensgewohnheiten

Zigaretten nein ja tgl. Menge _____

Alkohol nein ja tgl. Menge / Art _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja – welche? _____

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Ich besitze ein Impfbuch ja nein

Der Grund Ihres Kommens

Ihre akuten Beschwerden _____

Datum _____