

# 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 Kreislaufferkrankungen?**  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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_