

Anamnesefragenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Therapiezentrum begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich nur freiwillig.

Die Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapien bestmöglich Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, werden wir diese später zusammen erörtern.

Persönliche Daten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Krankenkasse
Email	Telefonnummer	
Körpergröße	Gewicht	

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Nein Ja Datum Grund

Für Patientinnen:

Haben Sie Kinder? Nein Ja Wieviele: Kaiserschnitt:

Haben Sie irgendwelche Vorerkrankungen?

(z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Schlaganfall, Osteoporose, Bluthochdruck, Krampfadern etc.)

Nein Ja

Allergien & Sonstige Erkrankungen:

Nein Ja

Regelmäßige Medikamente

Nein Ja

Medikament	Dosierung	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Medikamentenunverträglichkeit?

Nein

Ja, folgende

Familiäre Vorbelastungen

Bluthochdruck

Diabetes

Herzinfarkt

Schlaganfall

Krebs (welcher?)

Gewohnheiten

(wie ist es normalerweise? Hat sich etwas verändert?)

Rauchen

Trinken

Sport/Woche

Schlaf

Vegetative Anamnese

Durst

Appetit

Stuhlgang

Wasserlassen

Ich schwitze



vitalplus
therapiezentrum

Zurzeit habe Sie Beschwerden?

Bitte erläutern Sie kurz Wo und Wie, seit Wann und wie stark die Beschwerden sind:

Sind Sie derzeit deswegen in Behandlung?

Nein Ja, seit

Meine Wünsche an den Therapeuten:

Wichtiger Hinweis:

Bei Änderungen Ihre Beschwerden, Behandlungen, Medikamenten und weiteren Angaben teilen Sie uns diese bitte umgehend mit, um die ausgewählte Therapiemethode nicht zu gefährden.

Vielen Dank, dass Sie sich die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben werden bei uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient