

Anamnesebogen

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Alter:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Ausbildung/Beruf:

Familienstatus:

1. Was ist der Grund Ihrer Vorstellung hier, welche Beschwerden führen Sie zu uns?

2. Haben oder hatten Sie weitere Erkrankungen und wann traten diese auf?

Herz:	nein	☐	ja	☐	_____
Bluthochdruck:	nein	☐	ja	☐	_____
Zuckerkrankheit:	nein	☐	ja	☐	_____
Gefäße:	nein	☐	ja	☐	_____
Fettstoffwechselstörung:	nein	☐	ja	☐	_____
Schilddrüse:	nein	☐	ja	☐	_____
Hirnanhangsdrüse:	nein	☐	ja	☐	_____
Lunge:	nein	☐	ja	☐	_____
Leber:	nein	☐	ja	☐	_____
Magen/Darm:	nein	☐	ja	☐	_____
Niere/Blase:	nein	☐	ja	☐	_____
Psychische Erkrankungen:	nein	☐	ja	☐	_____
Nervensystem:	nein	☐	ja	☐	_____
Hals- Nasen, Ohrenbereich:	nein	☐	ja	☐	_____
Augen:	nein	☐	ja	☐	_____
Haut:	nein	☐	ja	☐	_____
Muskeln/Knochen/Gelenke:	nein	☐	ja	☐	_____
Urologische Erkrankungen:	nein	☐	ja	☐	_____
Gynäkolog. Erkrankungen:	nein	☐	ja	☐	_____
Erkrankungen des Blutes:	nein	☐	ja	☐	_____
Krebserkrankungen:	nein	☐	ja	☐	_____

3. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikament	Dosierung	Früh	Mittags	Abends	Nachts
<i>Beispiel</i>	<i>10 mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1/2</i>	<i>0</i>

4. Nehmen Sie zur Zeit Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

5. Bestehen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, gegen welche Medikamente?

6. Haben Sie anderweitige Allergien? Wenn ja, welche?

7. Rauchen sie und wenn ja, wie viele Zigaretten seit wann:

8. Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche? (z.B. 2 Bier/Tag oder 1 Glas Wein/Woche)

9. Sind Sie bereits einmal operiert worden? Wenn ja, woran und wann?

10. Nur für weibliche Patienten:

Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der ersten Periodenblutung:Jahre

Kommt die Periodenblutung bei Ihnen regelmäßig?

Ja ☐ Nur mit Pille ☐ Nein ☐

Zykluslänge:.....Tage Wann war die letzte Periodenblutung?