

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus. Unzutreffende Fragen können Sie ignorieren.

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Empfehlung \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)     Beihilfe/Post     Privat-Versicherung

Blutdruck: \_\_\_\_\_

Puls: \_\_\_\_\_

### Spontanbericht

---

---

---

---

---

---

---

---

**Lokalisation, Art, Stärke der Beschwerden?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wann und wie (plötzlich, langsam in Schüben) haben die Beschwerden begonnen?**

---

---

---

**Gibt es auslösende lindernde oder verstärkende Faktoren?**

---

---

---

**Treten Begleiterscheinungen auf?**

---

---

---

**Welche bisherigen Behandlungen gab es?**

---

---

---

---

---

**Wichtigste Körperfunktionen?**

Appetit / Durst \_\_\_\_\_

Stuhlgang \_\_\_\_\_

Wasserlassen \_\_\_\_\_

Übelkeit, Erbrechen \_\_\_\_\_

Schwitzen, Nachtschweiß \_\_\_\_\_

Fieber \_\_\_\_\_

Leistungsknick \_\_\_\_\_

Schlafstörungen \_\_\_\_\_

**Ernährungs- und Trinkgewohnheiten?**

(z.B. Fleisch, Vegetarier, Flüssigkeitszufuhr)

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

---

---

---

**Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?**

---

---

---

**Auslandsaufenthalte?**

---

---

---

**Patientinnen?**

(Regel-, Zyklus-, Menstruationsdauer, Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Aborte, Operationen)

---

---

---

**Vor- und Begleiterkrankungen?**

(Operationen, Krankenhausaufenthalte, Diabetes, Störungen/Erkrankungen von Schilddrüse, Herz, Magen, Leber, Milz, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Darm, Blase)

---

---

---

---