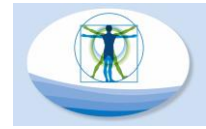
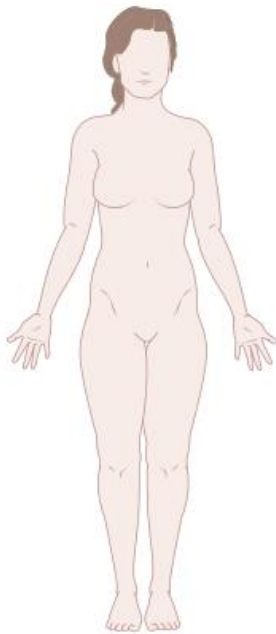


# Allgemeiner Anamnesebogen

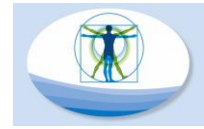
|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>Name:</b>  | <b>Vorname:</b>                                     | <b>Geburtsdatum:</b><br>«                       |   |   |
| <b>Straße:</b>  | <b>PLZ &amp; Ort:</b>                               |   |   |   |
| <b>Telefon mobil:</b>   | <b>Telefon privat:</b>                              | <b>E-Mail:</b>                                  |   |   |
| <b>Geburtsort:</b>  | <b>Geburtsland:</b>                                 | <b>Geburtszeit:</b>                             |   |   |
| <b>Zusatzversicherung:</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Privatversicherung:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Hausarzt:</b>                                |   |   |
| <b>Rechnungsempfänger bei Minderjährigen:</b>   |   |   |   |   |
| <b>Medikamente + Nahrungsergänzungsmittel:</b>  | <b>Medikament:</b>                                  | <b>Hersteller:</b>                              | <b>Diagnose:</b>                                  | <b>Dosierung:</b>                             |
| <b>Einnahme von;</b><br>wann zuletzt:   | <b>Cortison:</b><br><input type="checkbox"/>        | <b>Antibiotika:</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Schmerzmittel:</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Sonstiges:</b><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Aktuelle Anamnese:</b><br><br>Aktuelle Beschwerden (z. B. Schmerzen mit Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Ausstrahlung, Begleitsymptome, Intensität, Dauer, lindernde oder verschlimmernde Faktoren) |   |   |   |   |



Beschwerden bitte einzeichnen:



|   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| <b>Begleitende Behandlung</b><br>Durch? Seit wann?<br>Befunde?  |                          |                      |
| <b>Vorerkrankungen &amp; OPs:</b><br>(noch Beschwerden?)  |                          |                      |
| <b>Allergien/Unverträglichkeiten:</b>   |                          |                      |
| <b>Impfstatus:</b><br>(Impfausweis bitte mitbringen,<br>Impfreaktion)   |                          |                      |
| <b>Kinder-/Infektionskrankheiten:</b><br>(Masern, Mumps, Röteln, Windpocken,<br>Scharlach, Hep, Tbc., M. Pfeiffer)  |                          |                      |
| <b>Vegetative Anamnese:</b>   |                          |                      |
| <b>Geschlecht:</b><br>♀: <input type="checkbox"/> ♂: <input type="checkbox"/> ♀♂: <input type="checkbox"/><br>♀: weiblich<br>♂: männlich  | <b>Größe:</b>            | <b>Gewicht:</b>      |
| <b>Appetit:</b>   | <b>Durst(Liter/Tag):</b> | <b>Fieber:</b>       |
| <b>Ernährung:</b><br><input type="checkbox"/> Mischkost<br><input type="checkbox"/> Vegetarisch<br><input type="checkbox"/> Vegan<br><input type="checkbox"/> Fertigprodukte<br><input type="checkbox"/> isolierte Kohlenhydrate<br><input type="checkbox"/> Sonstige Ernährungsform: | <b>Gewichtsverlauf:</b>  | <b>Nachtschweiß.</b> |



|  |  |                                |  |  |  |
|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| <b>Schlaf:</b>   |  | <b>Körperliche Aktivität:</b>  |  | <b>Genuss- &amp; Suchtmittel:</b><br>(Frequenz & Menge):   |  |
| <b>Familienanamnese:</b><br>(Erkrankungen bei Eltern, Großeltern etc.: ggf. Todesursache)<br><br>♀: weiblich<br>♂: männlich  |  | <b>Eltern:</b><br>♀:<br><br>♂: |  | <b>Großeltern:</b><br>♀♀:<br><br>♀♂:<br><br>♂♀:<br><br>♂♂: |  |
| <b>Geschwister:</b>  |  |                                |  |  |  |
| <b>Sozialanamnese:</b>   |  |                                |  |  |  |
| <b>Ausbildung, akt. Tätigkeit:</b>   |  |                                | <b>Familiäre Situation</b> (Wohnsituation, Familienstand): |  |  |
| <b>Besondere Belastungsfaktoren:</b><br>(beruflich, privat, körperlich, seelisch):   |  |                                | <b>Kontaktperson:</b><br>(Name, Verhältnis, Telefon):      |  |  |
| <b>Ergänzung (weitere akute oder chronische körperliche Beschwerden):</b>  |  |                                |  |  |  |
| <b>Aufmerksam durch:</b><br><input type="checkbox"/> Flyer, Visitenkarte<br><input type="checkbox"/> Verlinkung<br><input type="checkbox"/> Internetsuche<br><input type="checkbox"/> Empfehlung |  |                                |  |  |  |

### Allgemeine Information

**Terminabsage:** Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen **mindestens 24 Stunden** vorher ab. Da ich eine reine „Terminpraxis“ führe, kann ich den Termin ansonsten nicht weiter vergeben. Ich behalte mir vor, bei zu kurzfristiger Absage ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Die Terminabsage kann gerne telefonisch (Anrufbeantworter) oder per E-Mail erfolgen. Danke für Ihr Verständnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient ggf. Erziehungsberechtigter