

Fragebogen für Neupatienten

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erst-Termin bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten, VOARB per Post oder Email zu oder bringen Sie alles zu Ihrem Termin mit.

Vielen Dank!

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/ Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

weiblich männlich

Beziehungssituation: allein lebend geschieden verheiratet

in fester Partnerschaft

Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Wochenarbeitszeit: ____ h

Größe: _____ m

Gewicht: _____ kg

Rauchen: __Zig/Tag

Alkohol: __/Woche

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?)

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Erkrankungen der Familie (bei Mutter/ Vater/ Geschwistern)

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Neurodermitis/ Allergie/ Asthma
- Depression/ Nervenleiden
- Sonstige

Welche **Erkrankungen** gab oder gibt es **bei Ihnen selbst** und (seit) wann?

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Überfunktion, Hashimoto, etc.)
- Nierenerkrankung (Nierensteine, Nierenschwäche, etc.)
- Darmerkrankungen (chron. Entzündl. Darmerkrankungen/ Reizdarm, etc.)
- Lebererkrankung
- Rheuma
- Hörsturz/ Tinnitus
- Depression/ Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, etc.)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)

