

Anamneseblatt

Persönliche Angaben *)

Name:		Telefon Natel:	
Vorname:		Telefon P:	
Strasse:		Telefon G:	
PLZ / Ort:		E-Mail:	
Geb. Datum:		Beruf:	
Zivilstand:		Kinder:	
Krankenkasse:		Hausarzt:	

Medizinische & Therapeutische Situation *) ... Genaue Angaben nach Bedarf

Blutdruck:	
Blutgruppe:	
in ärztl. Behandlung:	
aktuelle Beschwerden:	
aktuelle Therapien:	
frühere Therapien/Physio:	
chronische Beschwerden:	
Medikamente:	
Operationen:	
Krankheiten in der Familie:	
Unfälle:	
Impfungen:	

Sonstige Medizinische Angaben *)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Tiefer Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrations-
störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Suchtverhalten | <input type="checkbox"/> Sonst (_____) | <input type="checkbox"/> Sonst (_____) |

Datum: _____

Unterschrift: _____

**) Falls es Ihnen nicht wohl ist, alle Angaben hier zu machen, lassen Sie entsprechend das Feld leer. Wir können es gerne in der Praxis persönlich besprechen. Alle Angaben unterliegen dem Patientengeheimnis und werden entsprechend vertraulich behandelt.*