

Patienten – Anamnesebogen/ Erstordination

Titel, Name, Vorname PatientIn: _____

Geburtsdatum/Versicherungsnummer: _____

Hauptversicherte(r): _____

Geburtsdatum/Versicherungsnummer: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Email: _____

Tel.nr: _____

Lebensgewohnheiten:

Zigaretten/tägliche Menge: _____

Kaffee/tägliche Menge: _____

Alkohol/tägliche Menge/Art: _____

Der Grund des Kommens:

Aktuelle Beschwerden/ Fragestellungen: _____

Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt – bitte ankreuzen:

Keine__ Cholesterinerhöhung__ Bluthochdruck__ Schilddrüse__

Hormonstörungen__ Herzerkrankungen__ Durchblutungsstörungen__ Rheuma__

Lebererkrankungen__ Magenerkrankungen__ Darmerkrankungen__ Bandscheiben:__

Lungenprobleme__ Nierenerkrankungen__ Schlaganfall__ Anfallsleiden(Epilepsie)__

Allergien: _____

Operationen: _____

Krebserkrankung: _____

Seelisch/psychische Leiden: _____

Verdauungsprobleme: _____

Gelenks/ Wirbelsäulenbeschwerden: _____

Wechselbeschwerden: _____

Schlafstörungen: _____

Besondere individuelle Belastungen (Beruf, Schichtarbeit, Schicksalsschläge.....):

Angeborene Leiden: _____

Konzentrations/Lernprobleme/

Verhaltensauffälligkeiten: _____

Sonstige Erkrankungen/ Probleme: _____

In meiner Familie (Blutsverwandtschaft) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/ Infarkt, wenn ja bei wem ? _____

Diabetes, wenn ja bei wem ? _____

Schlaganfall, wenn ja bei wem ? _____

Krebserkrankung, wenn ja welche und bei wem? _____

Angeborene Krankheiten, wenn ja welche und bei wem ? _____

Sonstiges _____

Impfstatus/ welche Impfungen sind bei Ihnen aktuell/ Impfpass vorhanden ?

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein / wenn ja welche / Dosis ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein ?

7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Wenden Sie regelmäßig Hormone an (Verhütung, Wechsel,...) ?

1. _____
2. _____

Nehmen Sie Mittel zur Schlafförderung ein/manchmal/ regelmäßig ?

1. _____

Nehmen Sie häufig Abführmittel ein/ wenn ja welche ?

1. _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

*Dr. Doris Schwarzenberger
Ärztin für Ganzheitsmedizin und Gesundheitsvorsorge
2120 Wolkersdorf*