

Erhebung der Krankengeschichte und der Anamnese

VORNAME NAME	
STRASSE	PLZ ORT
GEBURTSDATUM	TELEFON
KRANKENKASSE/VERSICHERUNG	HAUSARZT
BERUF/FIRMA	FAMILIENSTAND
KINDER	GESCHWISTER
E-MAIL:	
ICH MÖCHTE BITTE PER NEWSLETTER ÜBER NEUIGKEITEN UND SPEZIELLE ANGEBOTE AUS IHRER PRAXIS INFORMIERT WERDEN:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

* Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

* Momentanes Gewicht:

* Größe:

* Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden:

* Sind diese Beschwerden auch bei anderen Familienmitgliedern bekannt?

* Seit wann bestehen diese Beschwerden?

* Sind sie seither schlimmer geworden?

* Gab es einen Auslöser für die Erkrankung und wenn ja, welchen?

* Sind die Beschwerden früher schon mal aufgetreten?

* Sind die Beschwerden abhängig von einer Tageszeit oder einer bestimmten Situation?
(z.B. nach dem Essen oder beim Aufstehen o.ä.)

* Ist die Erkrankung schulmedizinisch abgeklärt worden und wenn ja, mit welcher Diagnose?

* Welche Therapiemaßnahmen sind bei Ihnen bisher bzgl. dieser Erkrankung durchgeführt worden?

* Welche Medikamente (Dosierung) nehmen Sie zur Zeit?

* Bitte beschreiben Sie frühere Erkrankungen?

* Haben Sie Allergien, wenn ja, welchen?

* Welche Operationen hatten Sie? Bitte mit ungefährender Jahresangabe:

* Wie ist Ihre momentane Stimmungslage? (depremiert, traurig, fröhlich, hoffnungsvoll o.ä.)

* Wie ist Ihr Schlaf? (Einschlaf- oder Durchschlafprobleme)

* Wie ist Ihr Appetit?

* Welchen Geschmack bevorzugen Sie? (süß, sauer, bitter, salzig):

* Wie ist der Stuhlgang? (regelmäßig, eher dünn, eher verstopft u.ä.):

* Wie ist das Wasser lassen? Gibt es hier Auffälligkeiten? Müssen Sie nachts öfters auf die Toilette?
(Wie oft):

* Leiden Sie unter Atemnot oder Herzbeschwerden? Wenn ja, in welchen Situationen?

* Schwitzen oder frieren Sie leicht?

* Wann trat die erste Periode auf und wann die letzte?

* Haben oder hatten Sie Probleme mit der Periode (Schmerzen, PMS, zu starke oder zu geringe Blutungen) oder mit den Wechseljahren?

* Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

* Besteht Kinderwunsch? Seit wann?

* Wieviel Alkohol trinken Sie?

* Wieviel Zigaretten am Tag rauchen Sie?

* Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

* Welches Ziel/Erwartungen haben Sie durch eine Behandlung in meiner Praxis?

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Datum, Unterschrift