

## Anamnesebogen

### Persönliche Daten

Vorname / Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße / Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Körpergröße cm \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

### 1. Ihre momentanen Beschwerden. Weswegen kommen Sie zu mir?

---

---

---

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

### 2. Was haben Sie bereits unternommen, um Besserung zu erfahren?

---

---

### 3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? (Bitte ankreuzen)

Masern     Röteln     Mumps     Windpocken     Scharlach

### 4. Sind Sie geimpft worden? Wenn ja, welche Impfung? Und wann?

---

---

**5. Haben Sie Narben?** Wenn ja, wo und wodurch sind sie entstanden?

---

**6. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?** Bitte ankreuzen und ergänzen.

Heuschnupfen       Pollen       Hausstaub       Tierhaare

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

**7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?  
Wenn ja, welche?**

---

---

**8. Sind Vorerkrankungen bekannt?**

Bluthochdruck     Diabetes       Rheuma       Asthma       Gicht

Epilepsie       Verdauungsstörungen       Durchblutungsstörungen

Sonstige: \_\_\_\_\_

**9. Sonstige Beschwerden**

---

**10. Ihre Ernährungsgewohnheiten. Was essen Sie bevorzugt, zum**

Frühstück: \_\_\_\_\_

Mittag: \_\_\_\_\_

Zwischenmahlzeit: \_\_\_\_\_

Abendessen: \_\_\_\_\_

Getränke: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_