

Persönliche Daten:

Name/ Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Größe:	Gewicht:

Grund der Vorstellung/aktuelle Beschwerden:

Bisherige Behandlung/Operationen (Hausarzt/Fachärzte/Krankenhaus)

Soziale Anamnese:

Beruf:
Arbeitsplatz:
Familienverhältnisse:
Wohnverhältnisse:
Hobbies:
Haustiere:

Persönliche Angaben: bitte ankreuzen u. ggf. ergänzen:

- Leistungsfähigkeit: normal vermehrt vermindert
(Sport, körperliche Betätigung)
- Schlaf normal
- Schlafstörungen ja nein
- Durchschlafstörung ja nein

BITTE WENDEN!

Appetit: normal vermehrt vermindert
Unverträglichkeiten: ja nein (Wenn ja, welche) _____
Übelkeit: ja nein
Erbrechen: ja nein
Körpergewicht: konstant Zunahme Abnahme
Stuhlgang: normal vermehrt/Durchfälle Verstopfung
Wasserlassen: normal vermehrt vermindert
Gestörtes Sexualverhalten: nein ja, wenn
ja: _____
Raucher*in ja nein wenn ja, wieviel:

Nichtraucher*in seit wann:

Alkohol: ja nein wenn ja wieviel: _____
Schmerzmedikation: ja nein

Husten/Atemnot: ja nein
Auswurf ja nein
Nahrungsergänzung: (Biothin): ja nein
Allergien: ja nein

Weibliche Patientinnen:

Hormonelle Verhütung (Pille/Spirale) ja nein
wenn ja: Name des Präparates: _____
Zyklusstörungen: ja nein

Familienanamnese:

Gab es/gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

- Diabetes mellitus? Wenn ja! Wer:
- Bluthochdruck? Wenn ja! Wer:
- Herzerkrankung/Herzinfarkt? Wenn ja! Wer:
- Schlaganfall/Verschlusskrankung? Wenn ja! Wer:
- Allergien/ Unverträglichkeiten? Wenn ja! Wer:
- Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja! Wer:
- Sonstige Erkrankungen/Autoimmunerkrankungen?