



Anamnesebogen

Name	Vorname	geb. am	Beruf
------	---------	---------	-------

Anschrift	Tel.	Krankenkasse
-----------	------	--------------

1. Aktuelle Beschwerden (seit wann und welcher Art):

betroffene Organsysteme bitte ankreuzen:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Milz | <input type="checkbox"/> Genitalorgane |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Nerven | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Haut | |
| <input type="checkbox"/> Bronchien | <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Hormonsystem/Drüsen | |

2. Kinderkrankheiten und sonstige Vorerkrankungen:

3. Erkrankungen in der Familie / Erbkrankheiten:

4. Operationen / größere Verletzungen:

5. Zahn-und Kiefererkrankungen sowie -behandlungen und verwendetes Material:

6. Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel:

7. Allergien/Unverträglichkeiten:

8. Sonstiges:
