

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Ihre Angaben fallen unter den Datenschutz und unter die ärztliche Schweigepflicht. Sie werden von uns streng vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname: _____
Körpergröße: _____ Gewicht: _____
Beruf: _____

Sind Sie am Arbeitsplatz toxischen Belastungen ausgesetzt? **Ja** **nein** Welchen? _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Haben Sie Allergien?
(welche) _____

Vorerkrankungen:

	ja	nein	Organ, Ausprägung, ggf. Werte etc.
Bluthochdruck			_____
Blutzucker			_____
Magen- /Darmerkrankungen			_____
Tumorerkrankungen			_____
Nierenerkrankungen			_____
Hautkrankheit			_____
Gelenk- /rheumatische Erkrankung			_____
Infektiöse Erkrankung			_____
Lebererkrankung			_____
Lungenerkrankung			_____
Herzerkrankung			_____
Anfallsleiden			_____

Psychische Erkrankungen **ja** **nein** Art: _____

Sonstige Erkrankungen _____

Nehmen Sie Medikamente ein? **ja** **nein** (wie häufig, welche + Dosierung)

Hatten Sie Operationen? **ja** **nein**

Wenn ja, welche, wann:

Bitte wenden >>>>>>

Haben Sie implantierte
Fremdkörper?

ja **nein**

Wenn ja, welche, wann:

Wurden Sie geimpft?

ja **nein**

Wenn ja, wann, wogegen:

Hatten Sie Unverträglichkeitsreaktionen?

ja **nein**

Bisherige homöopathische
Behandlung?

ja **nein**

Welche Konstitutionsmittel, welche Reaktion?:

Familienvorgeschichte:

ja **nein**

Bluthochdruck

Blutzucker

Magen- /Darmerkrankungen

Tumorerkrankungen

Nierenerkrankungen

Hautkrankheit

Gelenk- /rheumatische Erkrankung

Infektiöse Erkrankung

Lebererkrankung

Lungenerkrankung

Herzerkrankung

Anfallsleiden

Psychische Erkrankungen

Nehmen Sie Genussmittel zu sich (z.B. Nikotin, Alkohol)

ja **nein**

Wenn ja, was und wie häufig?

Gibt es Sonstiges, das unsere Ärzte vor Beginn der Behandlung von Ihnen wissen sollten?

Herzlichen Dank für Ihre Zeit