

## Anamnesebogen

Name:  
Geburtsdatum:  
Telefonnummer:  
Email:

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen:

Diabetes mellitus	Bluthochdruck
Schilddrüsenerkrankung	Angina pectoris sonstige Herzerkrankungen
Lebererkrankung	Durchblutungsstörungen
erhöhte Blutfettwerte	Krampfadern
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	Krebserkrankungen
sonstige Erkrankung	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Aktuelle Beschwerden:

**Für Frauen:**  
Letzte Menstruation:

Ist Ihr Zyklus regelmäßig:

Schwangerschaften:

Geburten:

**Vielen Dank!**

