



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,  
wir bitten Sie, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.  
Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die  
Behandlung darauf abstimmen zu können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Fest / mobil): \_\_\_\_\_

Telefonnummer d. Angehörigen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit während Schwangerschaft oder bei Reisen: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leben Sie allein oder in einer Gemeinschaft?(Familienstand) \_\_\_\_\_

Kinder: Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_