



Erstanamnese

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon privat:

beruflich:

mobil:

Email:

private Krankenversicherung / Zusatzversicherung:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Größe / Gewicht:

Blutdruck:

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden bzw. was ist das Anliegen Ihres Praxisbesuches?



Krankengeschichte:

Bisherige Erkrankungen:

Ärztliche Diagnosen:

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes:

Gibt es aktuelle Laborbefunde?

Nehmen Sie Medikamente? Welche und in welcher Dosierung?

Operationen / Unfälle; Narben? Wenn ja, wo?

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Impfstatus?

Bisherige/momentane Erkrankungen

Fieber/Infekte (akut) Ja Nein

Rheuma, Fibromyalgie Ja / Nein / in der Familie



Akute Herz-/Kreislaufschwäche Ja / Nein / in der Familie

Rückenbeschwerden Ja / Nein / in der Familie

Bandscheibenvorfall Ja / Nein / in der Familie

Asthma Ja / Nein / in der Familie

Allergien Ja / Nein / in der Familie

Krebs/Tumore Ja / Nein / in der Familie

Epilepsie Ja / Nein / in der Familie

Osteoporose Ja / Nein / in der Familie

Krampfadern Ja / Nein / in der Familie

Diabetes Ja / Nein / in der Familie

Hoher Blutdruck Ja / Nein / in der Familie

Niedriger Blutdruck Ja / Nein / in der Familie

Hautkrankheiten Ja / Nein / in der Familie

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, TBC, Hepatitis) Ja / Nein / in der Familie

Auslandsaufenthalte (außerhalb Europas) in den letzten 12 Monaten - wo?

Antibiotika-Einnahme? Wenn ja, wann (zuletzt)? Welche?

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Gegen Medikamente, wenn ja, welche?

Gegen Nahrungsmittel und Substanzen (Fisch, Eier, Milch, Gluten, Glutamat, Laktose, Fruktose Histamin etc.)



Hausstauballergien, Blütenpollen, Korbblütler, Tierhaare, wenn ja, welche?

Ernährung

Mischkost vegetarisch vegan Rohkost Anderes

Anteile Kohlenhydrate/ Gemüse/ Fleisch:

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Welche und in welcher Dosierung?

Wie viel trinken Sie ca. pro Tag? Was?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?

Täglich ___Tage/Woche ab und zu überhaupt nicht

Welche Sorte Alkohol?

Drang nach Stimulanzien (Kaffee, Cola, Red Bull, Alkohol)

Haben Sie Einschlafschwierigkeiten / Durchschlafschwierigkeiten? Nehmen Sie etwas ein, um besser schlafen zu können?

Aufwachen zu einer bestimmten Uhrzeit?

Heilpraxis-Ju, Juliane Vögele, Heilpraktikerin



Was möchten Sie mir noch mitteilen?