

Anamnesebogen

Datum _____

Name		Telefonnr.	
Geburtsdatum		E-Mail	
Größe/Gewicht		Beruf	
Straße		Familienstand	
PLZ, Ort		Anzahl Kinder	

Aktuelle Beschwerden	
Schulmedizinische Abkl. der Beschwerden erfolgt	
Operationen	
Unfälle, Traumata	
Allergien	
Unverträglichkeiten	
Medikamente u. Dosierung	
Implantate	
Organtransplantationen	
Bluterkrankheit	
Aneurysmen	
Epilepsie	
Thrombosen	

Infektionskrankheiten	
Akute Entzündungen	
Knochenbrüche	
Osteoporose	
Herzerkrankungen	
Durchblutungsstörungen des Gehirns	
Tumorerkrankungen	
Sonstige Erkrankungen	