

Anamneseblatt

Name:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Versicherungsnummer:

Gibt od. gab es in Ihrer Familie (Eltern und Geschwister) schwerere Erkrankungen? (Herz, Lunge, Diabetes, Krebs?)

--	--

Leiden bzw. litten Sie schon unter schwerere Erkrankungen? (Herz, Lunge, Diabetes, Krebs?)

--	--

Kinderkrankheiten? (bitte ankreuzen)

Röteln 0	Mumps 0	Masern 0
Keuchhusten 0	Feuchtblattern 0	Scharlach 0

Operationen? (bitte ankreuzen)

Mandeln 0	Blinddarm 0	Galle 0
Gebärmutterentfernung 0	Eierstockentfernung 0	Unfälle:
Sonstiges:		

Letzte Kontrolle beim Gynäkologen:	
Letzte Regelblutung:	
Geburten:	
Fehlgeburten:	

Risikofaktoren:

Rauchen Sie?	/Tag
Trinken Sie Alkohol?	/Tag
Trinken Sie Kaffee?	/Tag

Welche Beschwerden führen Sie heute zu Dr. Fodor?

--

Betreiben Sie Sport? (was?, wie oft?)

Allergien:

--	--

Wie ist die Beschaffenheit von:

Derzeitige Lebenssituation, Stress und andere Belastungen:

Stuhl:	
Harn:	

Schlafen Sie gut? (was tun Sie, wenn Sie nicht schlafen können?)

--

Durstgefühl:

Appetit:

--	--

Medikamente:

Name

Dosierung

Medikamente:	Name	Dosierung

Datum und Unterschrift: