

Anamneseblatt

| | |
|------------------------------------|----------|
| Name: | |
| Versicherungsnummer +Geburtsdatum: | |
| Größe: | Gewicht: |

Gibt od. gab es in Ihrer Familie (Eltern und Geschwister) 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?

| |
|--|
| |
|--|

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

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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 |
|--------------|------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |