

Anamneseblatt

Name:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Versicherungsnummer:

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	Feuchtblättern 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