

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)

<i>Röteln</i> 0	<i>Mumps</i> 0	<i>Masern</i> 0
<i>Keuchhusten</i> 0	<i>Feuchtblattern</i> 0	<i>Scharlach</i> 0

Operationen? (bitte ankreuzen)

<i>Mandeln</i> 0	<i>Blinddarm</i> 0	<i>Galle</i> 0
<i>Gebärmutterentfernung</i> 0	<i>Eierstockentfernung</i> 0	<i>Unfälle:</i>
<i>Sonstiges:</i>		

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

Risikofaktoren:

<i>Rauchen Sie?</i>	<i>ja</i> 0 <i>nein</i> 0	<i>/Tag</i>
<i>Trinken Sie Alkohol?</i>	<i>ja</i> 0 <i>nein</i> 0	<i>/Tag</i>
<i>Trinken Sie Kaffee?</i>	<i>ja</i> 0 <i>nein</i> 0	<i>/Tag</i>

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:

<i>Stuhl:</i>	
<i>Harn:</i>	

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

--

Durstgefühl:	
Appetit:	

Medikamente: *Name, Stärke (mg)* *Dosierung (morgens, mittags, abds.)*
