



Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden **Anamnesebogen** wahrheitsgemäß auszufüllen und zu unterschreiben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

eMail: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Haben Sie eine Allergie? Nein Ja
Wenn ja, auf was reagieren Sie allergisch? _____

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja
Wenn ja, welche und seit wann? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Nein Ja
Wenn ja, welche und seit wann? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Nein Ja
Wenn ja, wie äußern sich diese? _____

Müssen Sie nachts zur Toilette? Nein Ja
Wenn ja, wie oft und wann? _____

Wie geht es Ihren Verdauungsorganen?
Bestehen Magenschmerzen, Sodbrennen, Reizdarm, ...? _____

Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung? Nein Ja
Wenn ja, unter welcher und seit wann? _____



Beschreiben Sie so gut es geht Ihre **Iris** - die Farbe (auch Farbabstufungen!), zeigen sich viele kleine Gefäßzeichnungen im Weißen der Augen? Fallen Ihnen dunkle Flecken auf und bei wie viel Uhr zeigen sich diese? Ist die Pupille weit oder eher klein?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: _____ Nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie viel und wie oft: _____

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?
 Nein Ja

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?
Herzkatheter Nein Ja
Darmspiegelung Nein Ja



Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Sozialanamnese

Familienstand: _____

Kinder: _____

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht

Sport:

Nein Ja

Wenn ja, was und wie oft: _____

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

Ort, Datum, Unterschrift

Sollten Blutergebnisse vorliegen und die Möglichkeit, diese zu fotografieren oder einzuscannen übersenden Sie mir diese bitte gemeinsam mit dem Anamnesebogen.

Beratungsgebühr: 90,-€ pro Stunde, Online-Beratungen werden nach Minuten abgerechnet.

Bitte beachten: Diesen Anamnesebogen benötige ich spätestens drei Tage vor unserem Termin ausgefüllt um mir vorab ein Bild über Ihre Angaben machen zu können. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den vereinbarten Termin einzuhalten, bitte ich um eine Absage mindestens 48 Stunden vor dem Termin. Bei Nichterscheinen wird ein Ausfallhonorar von 80€ berechnet.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!
Ihre Ellen Weiß