



Kristin Jonak - Ärztin
Praxis für trauma- & stressensible
Begleitung und ganzheitliche Medizin

Anamnesebogen für Neupatientinnen und Neupatienten

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte fülle/füllen Sie den nachfolgenden Bogen aus und schicke/schicken Sie diesen dann per Post oder per E-mail an mich zurück. Vielen Dank.

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Beruf:	_____
Krankenversicherung: gesetzlich/privat	_____
Telefon (Festnetz/Handy):	_____
Gewicht:	_____
Körpergröße:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
Familienstand:	_____
Wie bist du/sind Sie auf mich aufmerksam geworden?	_____

BERATUNGSANLASS:

Welche Beschwerden haben dich/haben Sie veranlasst mich zu kontaktieren?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Was haben Sie/hast du für Begleitsymptome?

Was vermuten Sie/vermutest du selbst als Ursache deiner/Ihrer Beschwerden?

Wie sehr bist du/sind Sie im Alltag durch deine/Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

Was hast du/haben Sie bisher dagegen unternommen?

Nimmst du/nehmen Sie allopathische/schulmedizinische Medikamente ein, wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Nimmst du/nehmen Sie homöopathische/komplementärmedizinische Medikamente ein, wenn ja, welche?

WEITERE ANGABEN:

Wurden Operationen durchgeführt – wenn ja, wann und welche?

Hattest du/hatten Sie einen Unfall/Unfälle – wenn ja, wann?

Hast du/haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, wieviel Prozent?

Welche Impfungen hast du/haben Sie in den letzten 10 Jahren erhalten?

Wie ernährst du dich/ernähren Sie sich (vegan/vegetarisch/mischköstlich)?

Rauchst du/rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zig./Tag?

Trinkst du/trinken Sie Alkohol? Öfter/Gelegentlich/Nie?

Wie schläfst du/schlafen Sie?

Wie ist dein/Ihr Appetit?

Wie ist deine/Ihre familiäre Lebens- und Arbeitssituation (berufliche Belastung, Familiensituation...)?

WEITERE ANGABEN ZU MÖGLICHEN BESCHWERDEN:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	Allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>
Chronisch-obstruktive Lungen- Erkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Allergien, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung (KHK)	<input type="checkbox"/>	Allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	

HAT JEMAND IN IHRER FAMILIE (VERWANDTE 1. GRADES) FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Bei wem? _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Bei wem? _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bei wem? _____

Schlaganfall	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Darmkrebs	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Brustkrebs	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Andere Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="radio"/>	Bei wem? _____
Sonstige Erkrankungen		_____