



Nachfolgend eine Auswahl unserer Anamnesebögen:

Sprechstunde

- Anamnesebogen

Spezialsprechstunde

- Gesundheitsberatung (Mann / Frau)
- Body-Analyse / Impedanzanalyse (BIA) (Mann / Frau)
- Ernährungsanalyse (Mann / Frau)
- Vitalstoffanalyse (Mann / Frau)

Die Anamnesebögen ermöglichen eine optimale Diagnostik im Rahmen unserer Sprechstunde bzw. Spezialsprechstunde.

Praxis Larissa Käßner-Göhr | Fachärztin für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient	.....	.....	.....	.....
	Name	Vorname	Geb. Datum	
Anschrift	.....	.....	.....	.....
	Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Tele. (Privat)	.....	E-Mail		
Tele. (Mobil)	.....	Beruf / Tätigkeit		
Tele. (Büro)	.....	Größe	Gewicht	
Nächster Angehöriger	.....	.....	.....
	Name	Vorname	Telefonnummer	
Ernährungsweise?	<input type="checkbox"/> Mischkostler <input type="checkbox"/> Ovo-lacto Vegetarier <input type="checkbox"/> Ovo Vegetarier <input type="checkbox"/> Lacto Vegetarier <input type="checkbox"/> Vegane			
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Trinken Sie Kaffee? <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> <3 Tassen/Tag <input type="checkbox"/> >3 Tassen/Tag			
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> > 2x /Woche <input type="checkbox"/> täglich			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____			
Haben Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____			
Schwächen Sie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Sind rüchliche Atemausseiter bekannt? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____			
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____			
Neigen Sie zu?	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Taugigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche			
Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____			
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____			
Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____			
Nahrungsmittelenverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____			
Ist eine Berufskrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____			