



ANAMNESEBOGEN - INFORMATION

Name: _____

Therapeut: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Mobilnummer: _____ Festnetz: _____

Email: _____

Beschreibung der aktuellen Probleme:

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Meinung des Arztes/ Untersuchungsergebnisse:

Ihre Meinung/ Intuition:

Beschreibung WIE und WANN das Problem angefangen hat:

Umweltprobleme (vorher oder während) :

Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (bitte einkreisen): Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Lungenentzündung, Keuchhusten, Scharlach, Andere

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Impfungen (einkreisen):

MMR, DPT, Polio, TB, Windpocken, COVID-Impfungen (..... wie viele?), Tetanus,
Andere _____

Operationen (Organe entfernt?):

Gesundheitsprobleme leiblicher Mutter und Vater:

Gesundheitsprobleme leiblicher Großeltern:

Gesundheitsprobleme leiblicher Geschwister, Tanten, Onkel:

Zusätzliche Anmerkungen/Auslandsaufenthalte:

**Bestand in der Vergangenheit oder besteht derzeit ein Konsum von Betäubungsmitteln –
wenn ja welche?**

ANAMNESEBOGEN - INFORMATION



Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen und für WAS?

Ernährungsgewohnheiten und ANDERES:

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein und WELCHE?

Geregelter Schlaf- Wach-Rhythmus, evtl. Schlafprobleme

Regelmäßige Genussmittel (z. B. Rauchen, Alkoholgenuss, Süßes)
