

Anamnesebogen (für Heilpraktiker)

Patientenaufnahme	Aufnahmedatum _____
Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____	
Anamnese: _____ _____ _____	
Beginn: _____ Was wurde bisher unternommen? Wann: _____	
Durch: _____ _____ _____	
Frühere Krankheiten (Kinderkrankheiten, Unfälle, OPs, Epilepsie, Diabetes mellitus, Hypertonie, Allergien) _____ _____ _____	
Beh.-Diagn.: _____	
Familien-/Sozialanamnese: Beruf: _____ Zufrieden? _____	
Partnerschaft: _____	
Kinder: _____	
Eltern: _____	
Geschwister: _____	
Vegetativanamnese: Größe: _____ Gewicht: _____ Wohlfühlgew.: _____ Konf.gr.: _____ BMI: _____	
Trinkmenge: _____ Alkoholmenge: _____ Nikotin: _____ /Tag seit: _____	
Schwitzen (nachts?): _____ Stuhlgang: fest, geformt: _____ x tgl. Schlaf: _____	
Naschen/Chips: _____	
Frühstück/1.Mahlzeit: _____	
2.Mahlzeit: _____	
abends/3.Mahlzeit: _____	
gyn. Anamnese.: Menses ☐ ja ☐ nein, Ausfluss: _____ Zwischen-/Postmenopausenblutung: _____	