

## Anamnese

Name. Vorname

geb. am:

Beruf:

Telefon:

Adresse:

Mobil:

Mail:

Bitte geben Sie Ihr Hauptproblem an, weswegen Sie in die Praxis kommen

Andere Probleme, die Sie stören (Herz-Kreislauf, Verdauung, Atmung, Essen, Schlafen, kränklich etc):

Sind Sie schon operiert worden, wenn ja, weswegen und wann ?

Hatten Sie schon einmal größere Krankheiten, Unfälle, Brüche etc.? und wenn ja, wo und wann ?

Hatten Sie schon einmal ein Schleudertrauma oder eine Gehirnerschütterung und wenn ja, wann ?

Nehmen Sie Medikamente und wenn ja, welche ?

Leiden Sie an Allergien und wenn ja, an welchen ?

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihren Laborwerten (Blut, Urin etc.) und wenn ja, welche ?