



Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen?

Blinddarm	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mandeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen:

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 21.04.2015
Erstellt am: 21.04.2015	Freigegeben am: 21.04.2015	Seite 1 von 4



Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Qualitätsmanagement

Dateiname:
FBAnamnesebogen

Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Morschstraße 2
55129 Mainz

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechsel- störung (Gicht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenk Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aids	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
psychische Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Allergien gegen?

Penicillin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aspirin (Acetylsalicylsäure)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tierhaare	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 21.04.2015
Erstellt am: 21.04.2015	Freigegeben am: 21.04.2015	Seite 2 von 4



Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Qualitätsmanagement

Dateiname:
FBAnamnesebogen

Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Morschstraße 2
55129 Mainz

Allergie gegen?

Metalle

ja nein

Sonstiges:

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck ja nein

Blutzuckerkrankheit ja nein

Fettstoffwechsel ja nein

Herzinfarkt ja nein

Asthma ja nein

Krebs ja nein

Wenn ja, welcher?

Sonstiges:

Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 21.04.2015
Erstellt am: 21.04.2015	Freigegeben am: 21.04.2015	Seite 3 von 4



Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Qualitätsmanagement

Dateiname:
FBAnamnesebogen

Dr. med. Marlene Litsch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Morschstraße 2
55129 Mainz

Gewicht (in kg) :

Größe (in cm) :

Ich besitze Impfschutz gegen:

Tetanus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Polio	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich trage eine Brille?

Wenn ja, Dioptrien: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Datum, Ort Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel der Praxis

Recallerlaubnis: Hiermit erkläre ich mich einverstanden an fällige Untersuchungen und Impfungen erinnert zu werden.

JA NEIN

Mainz, den _____

Unterschrift Patient

Erstellt von: QMB

Freigegeben von: PL, QMB

Version: 1 / vom: 21.04.2015

Erstellt am: 21.04.2015

Freigegeben am: 21.04.2015

Seite 4 von 4