

**Anamnesebogen**

Name.....Vorname.....

Geb. Datum..... E-Mail.....

PLZ..... Wohnort.....

Straße, Haus-Nr. ....

Telefon: privat.....mobil.....

Beruf.....Krankenversicherung.....

Behandelnder Hausarzt bzw. Kinderarzt:.....

Bei nicht Krankenversicherungsmitglieder, bei wem Familienversichert?

Name und Geb.Datum: .....

*Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen sorgfältig und ausführlich.*

**Rauchen Sie?** ja  nein  Wie viel pro Tag:.....

**Trinken Sie Alkohol?** ja  nein  Wie oft?.....

**Größe:**..... **Gewicht:**.....

**Leiden Sie unter Allergien?** ja  nein  Wenn Ja welche?


**Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente?**


**Bitte erfassen Sie alle bisherigen Vorerkrankungen:**


**Welche Medikamente nehmen Sie in Moment ein?**


Datum: .....

Unterschrift:.....