

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen leserlich ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit.

Anmelde- und Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Plz, Wohnort, Straße: _____

Telefon privat: _____ Dienstl.: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ HP Zusatzvers: ja welche: _____

nein

Beihilfeberechtig: ja nein

Berufliche Tätigkeit: _____

Sportliche Aktivitäten: _____

Aktuelle Symptome: _____

Stärke: schwach 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark

Erkrankungen / Unfälle / Operationen: _____

Ernährung: Warm/kalt? _____

Energieniveau/Stimmung: _____

Vorherige Therapien: _____

Medikamente: _____

Nahrungsergänzungsmittel: _____

Newsletter:

Ich bin damit einverstanden, dass ich per E-Mail Informationen, z. B. über Veranstaltungen der Praxis erhalte:

ja

nein

Weitere Fragen

Bitte beantworten Sie die folgende Fragen sorgfältig, um eventuelle Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können.

1. Besteht eine Bluterkrankung / erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)?

Ja ___ Nein ___

2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, Aspirin) ein?

Ja ___ Nein ___

3. Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion (z. B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel)?

Ja ___ Nein ___

4. Besteht eine Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z. B. Herzklappenerkrankung, Bluthochdruck oder Bronchialasthma)?

Ja ___ Nein ___

5. Besteht eine akute / Chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, AIDS) oder ein anderes schwerwiegendes Leiden (z. B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)?

Ja ___ Nein ___

6. Sind Störungen des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit) bekannt?

Ja ___ Nein ___

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?

Ja ___ Nein ___

Gibt es noch etwas, was ich wissen sollte? _____

Ich habe alle Krankheiten aufgeführt, soweit sie mir bekannt sind.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Praxis für Trad. Chinesische Medizin

Heike Reus

Wilhelm-Högner-Straße 66

97230 Estenfeld

Telefon: 09305 / 98 77 70 - E-mail: info@chindao.de