

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: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtig:  ja  nein  ja  nein

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_

Aktuelle Syntome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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. Muss ich die im 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