



Allgemeines

Vorname und Name	
Anschrift	
Telefonnummer (privat/mobil)	
E-Mail Adresse	
GeburtsDATUM/UHRZEIT/ORT	
Blutgruppe	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh-
Familienstand	
Kinder / Geburten	
Schwangerschaft / Stillzeit	
Beruf	
Krankenkasse/Versicherung	
Grund des Besuchs / Aktuelle Beschwerden	

Vegetative Anamnese

Größe	
Gewicht / BMI	
Gewichtsveränderung	
Appetit	
Schlaf	
Stuhlgang	
Blase	

Medikamente / Genussmittel

Medikamente Nahrungsergänzungsmittel	
Bitte jeweilige Beschwerde und Dosierung angeben.	
Drogen	
Alkohol	
Kaffee	
Nikotin	
Süßigkeiten/Zucker	



Körperliche Beschwerden

Bewegungsapparat	
Organe	
Herz / Kreislauf	
Vorerkrankungen/ Operationen	
Autoimmunerkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten	
Sonstiges/ Unfälle	

Ärztliche Untersuchungen in den letzten sechs Monaten

internistisch	
orthopädisch	
labortechnisch	
psychiatrisch	

Psyche

Stimmung	
Antrieb / Energie	
Konzentrationsfähigkeit	
Ängste	

Essgewohnheiten

Frühstück	
Mittagessen	
Abendessen	
Abends vor dem Fernseher/ Nachts	



Soziale Kontakte

Freunde	
Hobbys	

Familienanamnese / Bildung

Mutter	Operationen/Krankenhaus: ggf. Sterbealter: Sterbeursache:
Vater	Operationen/Krankenhaus: ggf. Sterbealter: Sterbeursache:
Geschwister	Operationen/Krankenhaus: ggf. Sterbealter: Sterbeursache:
Bildung	

Partnerschaften

Besondere Belastungen in den letzten Monaten

Arbeit

Berufswahl:	<input type="checkbox"/> Traumberuf	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden
Arbeitsumfeld:	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden
Arbeitsbedingungen:	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden
Zusammenarbeit mit Kollegen:	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden
Zusammenarbeit mit Vorgesetzten:	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr unzufrieden

Besondere Belastungen im Alltag

<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Person im Haushalt
<input type="checkbox"/> Konflikte	<input type="checkbox"/> Trennung	<input type="checkbox"/> Doppelbelastung

Entspannung

Welche Art von Entspannung

Häufigkeit

regelmäßig selten fast nie