

Anamnesebogen Allgemeinarztpraxis Dr. Kappl

Name	
Vorname	
Straße. PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
email	
Kontakt durch	

Hauptbeschwerden?

Weitere Beschwerden?

Wodurch werden Beschwerden schlimmer?

Wodurch werden Beschwerden besser?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt?
Schulmedizinisch

Naturheilkundlich:

Welche weiteren Erkrankungen haben sie (akut, chronisch)?

Nehmen sie Medikamente ein, wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Haben sie Allergien, wenn ja, welche?

Haben oder hatten sie Amalgamfüllungen?

Arbeiten sie mit Gefahrstoffen am Arbeitsplatz (Öle, Färbemittel, Farben etc.?)
wenn ja, welche?

Hatten sie bereits einen Unfall?
Wenn ja wann, was ist passiert, was wurde verletzt?

Wurden sie schon operiert?
Wann ja woran und wann?

Haben sie Narben?
Op`s? Dammschnitt? Sonstige?

Probleme mit den Zähnen?

Haben sie starke psychische Belastungen?
Beruf, Soziales Umfeld?
Ärger, Stress etc.

Treiben sie regelmäßig Sport?

Was essen sie sehr gerne?

Rauchen Sie?
Wenn ja wieviel?

Trinken sie Alkohol, oder nehmen sie Drogen?
Wenn ja was und wieviel?

Sind Sie geimpft?
Wogegen?

Haben sie Arztbefunde, Laborbefunde etc.?
Bitte diese zum Termin mitbringen, ggf. die Wichtigsten kopieren und vorher zusenden.

(Datum)

(Unterschrift)