



Dr. med. Cordula von der Ropp

Innere- und Allgemeinmedizin
Kneippärztin | Naturheilverfahren | Ernährungsmedizin

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten	Datum:
Name: _____ Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
Telefon: _____ Handy: _____	
E-Mail: _____	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magendarmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte bringen Sie ihren aktuellen Medikamtenplan mit

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen, wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in/bei (bitte Name der Klinik oder der Praxis angeben)

Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs, welcher?	

Rauchen Sie?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann und wie viel pro Tag? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe bis _____ geraucht.

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Allergie	Unverträglichkeitserscheinung	Seit wann?

Bitte beschreiben Sie ihre private und berufliche Situation

Ist ihr Impfstatus aktuell? Bitte legen Sie zur Überprüfung ihren Impfpass vor.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit