

## 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.

Name: Vorname:  Geburtsdatum: Telefon: Handy:  E-Mail:  Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?  Ja Nein  Bluthochdruck, seit  Diabetes mellitus, seit  Herzinfarkt, am  Herzinfarkt, am  Durchblutungsstörungen, erhöhte Cholesterinwerte  Herzinfarkt, am  Lungenembolie, am  Lungenembolie, am  Magendarmerkrankungen  Magendarmerkrankungen  Krebserkrankungen  Krebserkrankungen  Krebserkrankungen  Allergien, welche  Allergien, welche  Gicht	Persö	Datum:							
Telefon: Handy:  E-Mail:  Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?  Ja Nein  Bluthochdruck, seit Diabetes mellitus, seit Herzinfarkt, am Schlaganfall, am Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit Lungenembolie, am wo Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis Schilddrüsenerkrankungen Magendarmerkrankungen Nierenerkrankungen Nierenerkrankungen Rrebserkrankungen Allergien, welche	Name:		Vorname:						
Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?   Ja   Nein     Bluthochdruck, seit     Diabetes mellitus, seit     Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte   Herzinfarkt, am   Schlaganfall, am   Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit   Durchblutungsnen   Durchblutungsnen   Durchblutungsnen   Durchblutungsnen   Magendarmerkrankungen   Nierenerkrankungen   Nierenerkrankungen   Nierenerkrankungen   Psychische Erkrankungen   Allergien, welche   Allergien, welche   Allergien, welche   Durchblutungsnen   D	Gebur	Geburtsdatum:							
Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?   Ja   Nein   Bluthochdruck, seit   Diabetes mellitus, seit   Pettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte   Herzinfarkt, am   Schlaganfall, am   Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit   Schilddrüsenerkrankungen   Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit   Schilddrüsenerkrankungen   Durchblutungsstörungen   Durchblutungsstörungen   Schilddrüsenerkrankungen   Schilddrüsenerkrankungen   Schilddrüsenerkrankungen   Nierenerkrankungen   Psychische Erkrankungen   Psychische Erkrankungen   Allergien, welche   Allergien, welche	Telefon:		Handy:						
Nein	E-Mail								
Nein	Sind fo	Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn is seit wann?							
□ Diabetes mellitus, seit			,						
□ Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte   □ Herzinfarkt, am			Bluthochdruck, seit						
□ Herzinfarkt, am			Diabetes mellitus, seit						
□ Schlaganfall, am			Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte						
□ □ Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit			Herzinfarkt, am						
□ Thrombose, am			Schlaganfall, am						
□ Lungenembolie, am			Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit						
□ Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis   □ Schilddrüsenerkrankungen   □ Magendarmerkrankungen   □ Nierenerkrankungen   □ Krebserkrankungen   □ Psychische Erkrankungen   □ Allergien, welche			Thrombose, amwo						
□ Schilddrüsenerkrankungen   □ Magendarmerkrankungen   □ Nierenerkrankungen   □ Krebserkrankungen   □ Psychische Erkrankungen   □ Allergien, welche			Lungenembolie, am						
□ □ Magendarmerkrankungen   □ □ Nierenerkrankungen   □ □ Krebserkrankungen   □ □ Psychische Erkrankungen   □ □ Allergien, welche			Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis						
□ Nierenerkrankungen   □ Krebserkrankungen   □ Psychische Erkrankungen   □ Allergien, welche			Schilddrüsenerkrankungen						
□ □ Krebserkrankungen   □ □ Psychische Erkrankungen   □ □ Allergien, welche			Magendarmerkrankungen						
□ □ Psychische Erkrankungen □ □ Allergien, welche			Nierenerkrankungen						
□ □ Allergien, welche			Krebserkrankungen						
			Psychische Erkrankungen						
□ □ Gicht			Allergien, welche						
			Gicht						

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

		nn, warum und wo? rkrankung	Behandelt in/bei		
		-	(bitte Name der Klinik oder der	Praxis angeben)	
Erkra	ankunge	en in Ihrer blutsverwandten l	Familie (Eltern, Geschwister, Kind	ler) aufgetreten?	
Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?		
		Herzinfarkt			
		Koronare Herzkrankheit			
		("Bypass-OP, Stent")			
		Schlaganfall			
		Bluthochdruck			
		Diabetes mellitus			
		Krebs, welcher?			
Dau	han Ci	-2			
Ja	hen Si <b>Nein</b>	e <i>:</i>			
		Seit wann und wie viel pro	Tag?		
		Ich habe bis gera	ucht.		
		en Allergien bekannt? Unverträglichkeitserschei	nung	Seit wann?	
Allei		Onvertragilonkertsersoner		Seit Wallit:	
Bitte	e besc	hreiben Sie ihre private	und berufliche Situation		
	hr Imp	fstatus aktuell? Bitte leg	jen Sie zur Überprüfung ihrei	n Impfpass vor.	
lst il		_			
lst il					
lst il					
lst il				Vielen Dank für Ihre Mitart	