



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 Medikamentenplan 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 bei ihren Eltern, Geschwistern, Kindern:

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?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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.

Trinken Sie Alkohol?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel pro Tag? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Allergie	Unverträglichkeitserscheinung	Seit wann?

Haben Sie aktuell Beschwerden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz:

Bitte beschreiben Sie ihre private und berufliche Situation:

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

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!