

Datum: \_\_\_\_\_

Name: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	PLZ, Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Zivilstand: _____
Beruf: _____	Kinder: _____
Tel. Privat: _____	Tel. Geschäft: _____
Fax/e-Mail: _____	Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____	Zahnarzt: _____

### Persönliche Anamnese / Krankheitsgeschichte

(Bitte ergänzen Sie Folgendes mit entsprechender ungefährender Altersangabe)

Sämtliche Operationen  
(inkl. Beschneidung, Muttermalentfernung, etc.)

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sämtliche Verletzungen / Unfälle  
(mit oder ohne Naht / Narbe)

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwere Infektionen / Krankheiten  
(Lungenentzündungen, Tuberkulose, Krebs,  
Herzanfall, chron. Bronchitis, Colitis, Mumps,  
Masern, Windpocken, etc.)

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impfungen  
(vor allem im Kindesalter)

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Früherer oder derzeitiger Beruf/Hobby  
mit Kontakt zu Giften  
(Spritzmittel, Dämpfe, Abgase etc.)

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lange Auslandsaufenthalte  
in 3. Welt-Ländern

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühere oder derzeitige schwere  
psychische Traumata / Belastungen

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwangerschaften / Geburten /  
Abgänge

Alter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Zu Ihrem Jetzigem Leiden**

Tragen Sie Ihre Hauptbeschwerde(n) unten ein, und geben Sie Ihr ungefähres Alter beim ersten Auftreten an.

Gesundheitliche Beschwerden

Alter

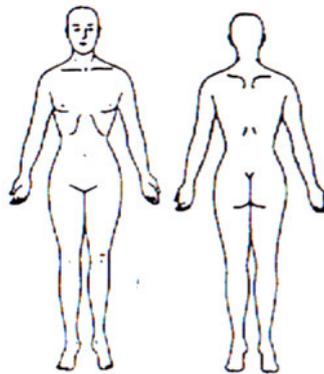
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gesundheitliche Beschwerden

Alter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Markieren Sie mit "X", wo Sie Schmerzen haben oder wo eine Fehlfunktion vorliegt.



---

**Bemerkungen**