

## Medizinische Patientenvorgeschichte

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
dieser Anamnesebogen gibt mir Aufschluss über Ihre medizinische Vorgeschichte, die für meine  
Behandlung Ihrer jetzigen Beschwerden von großer Bedeutung ist.  
Bitte füllen Sie diesen Bogen online aus oder bringen Sie ihn ausgefüllt zur 1. Behandlung mit,  
bzw. füllen Sie diesen vor der Behandlung aus.

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE ANGABEN

**Geschlecht:** o Männlich o Weiblich o Divers

**Alter:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie mir kurz Ihre aktuelle Erkrankung bzw. Ihren aktuellen Schmerz:**

---

---

---

---

---



**MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE**

1) Welche Vorerkrankungen bestehen? (z.B.: Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkte, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Krebs, psychische Erkrankungen, etc.)

---

---

---

---

2) Welche Erkrankungen kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

---

---

3) Leiden Sie an Osteoporose oder Blutgerinnungsstörungen?

---

---

4) Welche Operationen haben Sie bereits gehabt? (auch während des Kindesalters)

---

---

---

---

5) Hatten Sie schon Unfälle oder Verletzungen? (auch während des Kindesalters)

---

---

---

---



# OLIVER HEIN

NATURHEILPRAXIS

6) Besteht eines der folgenden Symptome? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- Ungewollter Gewichtsverlust
- Nachtschweiß
- Fieber
- Energielosigkeit, Müdigkeit

7) Haben Sie Probleme beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen?

---

---

---

8) Konsumieren Sie Alkohol, Nikotin oder Drogen? Wenn ja, wie häufig

---

9) Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

10) Besteht eine Schwangerschaft?

ja

Nein

11) Sonstige Anmerkungen

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift