



ANAMNESE

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Welche Krankheiten / Operationen hatten Sie früher? (in chronologischer Reihenfolge)			
Datum	Krankheit/Operation	Datum	Krankheit/Operation

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille etc.)	
vergangene	gegenwärtige

Frühere Behandlungen und Therapien		

Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Vorfahren und Verwandten? Woran sind diese gestorben? <small>Achten Sie speziell auf folgende Krankheiten: Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen, etc.</small>	
Geschwister	eigene Kinder
Mutter	Vater
Tanten	Tanten
Onkel	Onkel
Grossmutter	Grossmutter
Grossvater	Grossvater
Grosstanten/Grossonkel	Grosstanten/Grossonkel
Urgrossmutter	Urgrossmutter
Urgrossvater	Urgrossvater