

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Fragebogen aus, soweit Sie es können.
Evtl. offenbleibende *einzelne* Punkte klären wir dann gern gemeinsam im Gespräch.

Patienteninformationen

Allgemeine Informationen

Titel / Vorname / Nachname

Straße

PLZ / Ort

Geburtstag / Geburtsort

Beruf / Position

Arbeitgeber / Firma

Familienstand

Krankenversicherung

Kinder

Anzahl / Alter / Geschlecht

Kommunikation

Telefon (privat)

Telefon (Arbeit)

FAX

Mobil

THREEMA ID

E-Mail



WIEDENMANN PRIVATPRAXIS

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Größe cm
Gewicht kg

Vorstellungsgrund / Beschwerden:

Rauchen Sie? Nein Ja, wieviel? _____
Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen _____

Operationen / Frühere Erkrankungen:

Bisher behandelnde Ärzte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> Internet-Suche | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | | <input type="checkbox"/> Anti-Aging / Prävention |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | | <input type="checkbox"/> Biologische Krebstherapie |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> zufällig vorbeispaziert | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Datum

Unterschrift