

Eugenie Peresechenski

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Arndtstraße 22, 63069 Offenbach am Main

Telefon: 069/835934, Telefax: 069/83833718

Dr.Eugenie.Peresechenski@akupunktur-arzt.de

Sprechzeiten: MO 08.00-11.00 und 15.00-17.00 Uhr
DI 08.00-11.00 und 15.00-17.00 Uhr
MI 08.00-11.00 Uhr
DO 08.00-11.00 und 16.00-18.00 Uhr
FR 10.00-14.00 Uhr
und nach Vereinbarung

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation bei uns aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Männlich:

Weiblich:

Straße: _____

Stadt: _____ PLZ: _____

Beruf: _____

beschäftigt bei: _____

Tel. (privat): _____

Tel. (geschäftlich): _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

| | | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Masern | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Röteln | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Mumps | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Scharlach | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Operationen? Blinddarm | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Mandeln | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Vorerkrankungen? Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechselstörung, Gicht | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Gelenk-Rheuma | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Aids | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Leberentzündung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Asthma | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Allergien gegen? | Penicillin | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Aspirin-Acetylsalicylsäure | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Blütenstaub | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Tierhaare | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Hausstaubmilben | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Nahrungsmittel* | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | *Wenn ja, welche? | _____ | |
| | Metalle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Familienvorgeschichte: | Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Blutzuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Fettstoffwechsel | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Asthma | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Krebs* | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | *Wenn ja, welcher? | _____ | |

Sonstiges: _____

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|---|
| Vegetative Anamnese: | Durst | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> |
| | Appetit | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> |
| | Stuhlgang | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> |
| | | Durchfall <input type="checkbox"/> | Verstopfung <input type="checkbox"/> |
| | Wasserlassen | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> |
| | Brennen <input type="checkbox"/> | Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/> | Nachts öfter als 1 - 2 mal <input type="checkbox"/> |
| | Gewicht | Konstant <input type="checkbox"/> | Nicht konstant <input type="checkbox"/> |
| | Zunahme <input type="checkbox"/> | Abnahme <input type="checkbox"/> | _____ Kilogramm in _____ Monaten |

| | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Ich habe oft Kopfschmerzen: | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zigaretten: | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Wie viele am Tag? | _____ |
| Alkohol: | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| | Täglich <input type="checkbox"/> | Ab und zu <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Welche? | _____ | |

Körpergröße (in cm): _____ **Gewicht (in kg):** _____

Zur Zeit bin ich beschwerdefrei: Ja Nein

Aktuelle Beschwerden (bitte mit Zeitangaben): _____

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Ich wünsche durchgecheckt zu werden mit: | | |
| Magen, Leber, Galle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herz- und Lunge | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank, daß Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.