



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen möglichst vollständig aus und geben ihn anschließend an der Anmeldung ab. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Dr. med. Sven Georgi

Facharzt für Allgemeinmedizin
Naturheilkunde und Akupunktur
Ernährungsmedizin
Schwerpunkt Biologische Medizin
(Universität Mailand)

Dr. med. Thomas Fiedler, MBA

Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Orthomolekulare Medizin
Schwerpunkt Präventionsmedizin

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____

Beruf (optionale Angabe): _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Rechnungsadresse, falls abweichend: _____

Soziale Daten (optionale Angaben)

Leben Sie allein? Ja oder in einer Beziehung

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Hausarzt / Weitere behandelnde Ärzte: _____

Allgemeine Fragen

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: _____ Nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel: _____

Waren Sie vor kurzem im Ausland? Nein Ja Wenn ja, wo: _____

(außerhalb der EU?) _____

Ist Ihnen Ihr Impfstatus bekannt? Nein Ja _____

Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen? Nein Ja _____

(z.B. Frauenarzt, Urologe, Hautarzt) _____

Wie groß sind Sie und wieviel wiegen Sie? _____ cm _____ kg

Operationen

Wurden Sie bereits operiert? Nein Ja

Magen- o. Darmspiegelung Nein Ja

Wenn ja, wann und welche/r Eingriff/e? _____



Allergien

Haben Sie Allergien? Nein Ja Wenn ja, welche _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wann und wieviel?

_____ morgens _____ mittags _____ abends _____ nachts _____

_____ morgens _____ mittags _____ abends _____ nachts _____

_____ morgens _____ mittags _____ abends _____ nachts _____

_____ morgens _____ mittags _____ abends _____ nachts _____

_____ morgens _____ mittags _____ abends _____ nachts _____

Dr. med. Sven Georgi

Facharzt für Allgemeinmedizin
Naturheilkunde und Akupunktur
Ernährungsmedizin
Schwerpunkt Biologische Medizin
(Universität Mailand)

Dr. med. Thomas Fiedler, MBA

Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Orthomolekulare Medizin
Schwerpunkt Präventionsmedizin

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Diabetes Mellitus Nein Ja _____

Bluthochdruck Nein Ja _____

HIV Nein Ja _____

Krebserkrankungen Nein Ja _____

Herz-Kreislaufkrankungen Nein Ja _____

Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja _____

Stoffwechselerkrankungen Nein Ja _____

Lebererkrankungen Nein Ja _____

Lungenerkrankungen Nein Ja _____

Nierenerkrankungen Nein Ja _____

Nervenerkrankungen Nein Ja _____

Psychische Erkrankungen Nein Ja _____

Sonstige Erkrankungen Nein Ja _____

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

Bitte geben Sie diesen ausgefüllten und unterschriebenen Anamnesebogen
am Empfang ab oder senden Sie diesen an praxis@georgi-fiedler.de



Zusatzfragen für die Darmsprechstunde

Sind Ihnen folgende Unverträglichkeiten oder Intoleranzen bekannt?

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Laktose | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Fruktose | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Glukose | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Histamin | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Glutenunverträglichk./Zölliakie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| SIBO/IMO | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Nahrungsunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |

Dr. med. Sven Georgi

Facharzt für Allgemeinmedizin
Naturheilkunde und Akupunktur
Ernährungsmedizin
Schwerpunkt Biologische Medizin
(Universität Mailand)

Dr. med. Thomas Fiedler, MBA

Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Orthomolekulare Medizin
Schwerpunkt Präventionsmedizin

Leiden oder litten Sie an einem oder mehreren der folgenden Symptome?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Blähungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Übelkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Magenschmerzen/–krämpfe | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Darmkrämpfe | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Andere Art von Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Migräne | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Depression | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Burn-out | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | ..... |

Gibt es bei Ihnen weitere wichtige Punkte, die Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Berlin, den Unterschrift:

Bitte geben Sie diesen ausgefüllten und unterschriebenen Anamnesebogen
am Empfang ab oder senden Sie diesen an praxis@georgi-fiedler.de