

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

Anamnesebogen

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.

Persönliche Daten

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Versicherung:
Beruf:
Telefon: Handy:
E-Mail:
Rechnungsadresse, falls abweichend:
.....

Soziale Daten

Leben Sie allein? oder in einer Beziehung
Haben Sie Kinder? Nein Ja
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
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?cmkg

Allergien

Haben Sie Allergien? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Operationen

Wurden Sie bereits operiert? Nein Ja
Magen- o. Darmspiegelung Nein Ja
Wenn ja, wann und welche/r Eingiff/e ?
.....
.....

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

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.....

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Diabetes Mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden (Osteopatheterminde 48 Stunden) vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte geben Sie **diesen Fragebogen** am Empfang ab.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Berlin, den _____

Unterschrift: _____

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

Zusatzfragen für die Darmsprechstunde

Sind Ihnen folgende Unverträglichkeiten oder Intoleranzen bekannt?

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

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

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

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

.....

.....

.....