Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Vorerkrankungen: **Jahr** **Jahr**

Operationen

_____
_____
_____
_____

Verletzungen/Unfälle

_____
_____
_____

Schwere Infektionskrankheiten

_____
_____
_____

Krankenheiten Eltern

Vater _____
_____

Mutter _____
_____

Kontakt zu Giften
(Dämpfe etc.,Amalgamfüllungen

_____
_____
_____

Impfungen

_____
_____
_____
_____
_____

Parasiten (heute oder früher)

_____
_____
_____

Schwangerschaften/Geburten

_____
_____
_____
_____

Abgänge

_____

Pille/Spirale

_____
_____

Hormoneinnahme

_____
_____

Medikamente - chemisch

_____
_____
_____
_____

Medikamente – Homöop./Phyto

_____
_____
_____
_____

Allergien

_____
_____
_____

Psychische Belastungen
(heute oder früher)

_____
_____
_____
_____