



Dr. med. Heike Goy
Dr. med. Sabine Mieseler

Wiegerstraße 18 | 61389 Schmitten
T: 06084 5535 | F: 06084 949270
info@praxis-am-schwimmbad.de
www.praxis-am-schwimmbad.de

Anamnesebogen

Füllen Sie bitte den Fragebogen aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

Please fill in the attached questionnaire. Be so kind and answer all questions completely, regardless of whether you consider them important for your current problem or not.

Name _____

e-Mail _____

Tel./Handy Tel./Mobile _____

Beruf Job _____

Kinder Children _____

Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden. Please describe your present problems.

Welche anderen Krankheiten haben Sie (siehe auch Liste)? Which other diseases do you have (see list below)?

Welche Operationen hatten Sie (siehe auch Liste)? What operations have you had (see list below)?

- Herz Heart Schlaganfall Stroke Bluthochdruck High Blood Pressure Thrombose Thrombosis
- Zucker Diabetes Schilddrüse Thyroid Gland Magen Stomach Galle Gall Bladder Leber Liver
- Hepatitis Hepatitis Darm Bowel Blinddarm Appendicitis Brust Breast Gebärmutter Womb
- Kaiserschnitt Cesarean Niere Kidney Blase Bladder Prostata Prostate Lunge Lung
- Asthma Asthma Bronchitis Bronchitis Nerven Nerves Muskeln Muscles Knochen Bones
- Wirbelsäule Spine Gelenke Joints Arthrose Arthrosis Rheuma Rheumatism Haut Skin
- Augen Eyes Tumor Tumor Bestrahlung Radiation Chemotherapie Chemotherapy
- Psychiatrische Vorerkrankungen Previous psychiatric diseases



Dr. med. Heike Goy
Dr. med. Sabine Mieseler

Wiegerstraße 18 | 61389 Schmitten
T: 06084 5535 | F: 06084 949270
info@praxis-am-schwimmbad.de
www.praxis-am-schwimmbad.de

Anamnesebogen

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? What medications do you take at present?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Are you aware of any allergies?

Medikamente Drugs Nahrungsmittel Foods Pollen Pollen Andere Others

Neigen Sie zu Do you tend to Verstopfung Constipation Durchfall Diarrhoea?

Körpergewicht Weight (kg)

Körpergröße Height (cm)

Gewichtsverlust Any loss in weight? (kg)

Gewichtszunahme Any increase in weight? (kg)

Seit wann? Since when?

Rauchen Sie? Nein No Ja Yes Wie viel? How much?

Wie viel Alkohol trinken Sie? How much alcohol do you drink?

Welche Impfungen haben Sie? Which inoculations have you had?

Bitte Impfpass/Vorsorgeheft mitbringen Please bring Vaccination Certificate/Preventive check-up card

Gibt es Erb-, Tumor-, Stoffwechselkrankheiten (z. B. Zucker) oder psychiatrische Erkrankungen in der Familie?
Are there hereditary, tumor or metabolism (e. g. diabetes) or psychiatric diseases in your family?

Medikamente Drugs

Sonstiges Others