

Vor-Anamnese

Name, Vorname:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Geburtsdatum:

Aktuelle Beschwerden:

Vorherrschendes Symptom:

Bekannte Diagnosen:

Wurden bereits Therapien durchgeführt? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Wurden Sie bereits operiert?

O ja

O nein

Wenn ja, wo und wann?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

O ja, ____ Zig./Tag O nein

Wären Sie interessiert damit aufzuhören?

O ja

O nein

Wieviel Zeit/Woche sind Sie bereit in Ihre Gesundheit zu investieren?

O ein bis zwei Stunden

O zwei bis drei Stunden

O drei Stunden und mehr

Wieviel Geld können Sie im Monat in Ihre Gesundheit investieren?

O 300-500 Euro

O 500-1000 Euro

O 1000 Euro und mehr

Wie stellen Sie sich eine optimale Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt vor?

Was ist Ihr Therapieziel?

Hiermit bestätige ich, dass das Ganzheitliche Frauenarzt-Zentrum München meine Daten speichern und im Sinne meiner Behandlung verwenden darf. Ich bin mir bewusst, dass dieser Bogen lediglich zur Voreinschätzung dient. Hieraus ergibt sich nicht automatisch ein Behandlungsverhältnis. Sollte sich keine Behandlung anschließen, werden die Angaben meiner Vor-Anamnese gelöscht bzw. vernichtet.

Datum, Unterschrift