

Anamnesebogen / Erstanamnese

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum _____

Telefon: _____

Emailadresse: _____

1. Haben Sie folgende Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankungen/ Haschimoto	☐	Ja	☐	Nein
Diabetes mellitus	☐	Ja	☐	Nein
Bluthochdruck	☐	Ja	☐	Nein
Lungen oder Atemwegserkrankungen	☐	Ja	☐	Nein
Migräne	☐	Ja	☐	Nein
Allergien	☐	Ja	☐	Nein
CED – Darmerkrankungen	☐	Ja	☐	Nein

Andere (Vor-) Erkrankungen? z.B. Gürtelrose; Covid-19, Pfeiffersches Drüsenfieber,

Wenn ja, welche? _____

2. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Fructose, Lactose, Histamin, Gluten, sonstige?

3. Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel werden eingenommen?

4. Letzte Antibiotika Einnahme?

Wurde danach ein Probiotikum eingenommen?
wie lange?

5. Liegen aktuelle Blutwerte / Stuhlanalyse vor?
(falls JA bitte mitbringen)

☐ Ja ☐ Nein

6. Leiden Sie derzeit unter Darmbeschwerden wie z.B.:

☐ Blähungen ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Schmerzen ☐ Divertikel

7. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

☐ 1 x tägl. ☐ mehrmals tägl. ☐ 2-3 x/Woche ☐ seltener

8. Leiden Sie derzeit unter Magenbeschwerden wie z.B.

☐ Völlegefühl ☐ Sodbrennen ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen

9. Ernährungsgewohnheiten:

☐ Veganer ☐ Vegetarier ☐ aktuell Diät

10. Leiden Sie derzeit unter Schmerzen?

☐ Gelenkschmerzen ☐ Kopfschmerzen
☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

11. Schlafgewohnheiten:

☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme

12. Haben Sie Amalgam Füllungen? ☐ Ja ☐ Nein

13. Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben genannten Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum

Unterschrift