

Anamnesebogen / Erstanamnese

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum _____

Telefon: _____

Emailadresse: _____

1. Haben Sie folgende Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankungen?	Ja / Nein
Diabetes mellitus?	Ja / Nein
Bluthochdruck?	Ja / Nein
Lungen oder Atemwegserkrankungen?	Ja / Nein
Migräne	Ja / Nein
Allergien?	Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

CED – Darmerkrankungen? Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen ?

Wenn ja, welche? _____

2. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Fructose, Lactose, Histamin , Gluten sonstige

3. Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel werden eingenommen?

4. Letzte Antibiotika Einnahme?

5. Liegen aktuelle Blutwerte / Stuhlanalyse vor? Ja / Nein

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

☐ Blähungen ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Schmerzen ☐ Divertikel

7. Wie häufig haben Sie in der Woche / Tag Stuhlgang?

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?

☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

11. Schlafgewohnheiten:

☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme

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.

Empfehlung:
(von der Apotheke auszufüllen)

Präparat	Dosierung	wird eingenommen

Notizen:

Königl. Privil. Roland-Apotheke, Maienbeeck 6, 24576 Bad Bramstedt, Tel.04192/1456
Email: t.scheff@roland-apotheke.com