

## Anamnesebogen

- 
- Erstbefund
- 
- Folgebefund

Labornummern der vorausgegangenen Befunde:

(nicht älter als ca. 1 Jahr)

## Krankheitsverlauf bei Folgebefunden:

- 
- Rückgang der Beschwerden
- 
- 
- Status idem
- 
- 
- Zunahme der Beschwerden

## Befundinterpretation:

- 
- ausführlich
- 
- 
- kurz
- 
- 
- ohne Interpretation

## Auswahl der gewünschten Therapieempfehlungen:

- 
- orthomolekulare Empfehlungen
- 
- 
- Phytotherapie
- 
- 
- Isopathie
- 
- 
- Neuraltherapie
- 
- 
- schulmedizinische Therapieansätze
- 
- 
- Umstimmungstherapie
- 
- 
- antihomotoxische Therapie
- 
- 
- traditionelle abendländische Therapie

## Patientendaten:

Blutdruck:

 |  mm Hg

## Geschlecht:

- 
- weiblich
- 
- männlich

Körpergröße:

 cm

Gewicht:

 kg

## Ernährungsgewohnheiten:

- 
- Mischkost
- 
- 
- vegan
- 
- 
- vegetarisch
- 
- 
- Muslime

## bei Säuglingen:

- 
- gestillt
- 
- 
- teilgestillt

## Stuhlgewohnheiten:

- 
- mehrmals täglich
- 
- 
- einmal täglich
- 
- 
- 2 - 3 mal pro Woche

Bitte bei Hormonuntersuchungen immer ausfüllen:

Tag der Blutentnahme:

 /  / 

Letzte Regelblutung:

 /  / 

## Zyklusstadium:

- 
- Follikelphase
- 
- 
- Lutealphase
- 
- 
- Ovulationsphase
- 
- 
- Menopause
- 
- 
- Postmenopause

## Diagnosen

Bitte kreuzen Sie im folgenden Feld bekannte Erkrankungen oder Beschwerdebilder an, an denen der Patient leidet.

## Verdauungstrakt

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa        | <input type="checkbox"/> Darmmykosen       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus       | <input type="checkbox"/> Diarrhoe          |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose           | <input type="checkbox"/> Dyspepsie         |
| <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption   | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis               | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden      |
| <input type="checkbox"/> Kolon-Karzinom          | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn            | <input type="checkbox"/> Meteorismus       |
| <input type="checkbox"/> NM-Unverträglichkeiten  |  |
| <input type="checkbox"/> Obstipation             | <input type="checkbox"/> Ulcusleiden       |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuff. exokrin | <input type="checkbox"/> Zöliakie          |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm                | <input type="checkbox"/> Stomatitis        |

## Respirationstrakt

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Rhinitis          | <input type="checkbox"/> Sinusitis  |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis       |                                     |

## Haut / Haare

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Akne        | <input type="checkbox"/> Ekzeme        |
| <input type="checkbox"/> Furunkulose | <input type="checkbox"/> Haarausfall   |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis   | <input type="checkbox"/> trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Urtikaria   | <input type="checkbox"/> Zellulite     |

## Herz - Kreislauf

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris         | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |   |

## Urogenitaltrakt

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cystitis            | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt |
| <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie | <input type="checkbox"/> Vaginalmykosen |

## Allergien

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien |                                     |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis           | <input type="checkbox"/> Pollinosis |

## Psyche und Nervensystem

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depression           | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Angst                | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (ADS) | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung          |  |

## Hormonelle Dysfunktion

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menopause              | <input type="checkbox"/> Hypothyreose  |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschw. | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose |

## Bewegungsapparat

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> Osteoporose        |
| <input type="checkbox"/> M. Bechterew | <input type="checkbox"/> Rheumat. Arthritis |

## Beschwerdebild / Anamnese:

## Medikamente:

## Dosierung:

## Einnahme seit:

## Erklärung des Patienten:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert worden.

- Ich bin privat versichert. Für die von mir in Anspruch genommenen Laborleistungen wünsche ich eine privatärztliche Laborrechnung durch biovis' Diagnostik MVZ nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung werden Transportkosten gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,10 € berechnet. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen und kann daher nicht immer gewährleistet werden.
- Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Die Berechnung der Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung werden Transportkosten gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,10 € berechnet. **Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung der einzelnen Leistungen.** Die Erbringung der labormedizinischen Untersuchungen erfolgt durch biovis' Diagnostik MVZ. **Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt.**

Datum

Unterschrift

