



Anamnesebogen Praxis SIMO

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Name Hausarzt: _____

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____

Aktuelles Körpergewicht: _____ Kg, aktuelle Körpergröße: _____ cm

Nichtraucher: ☐ Raucher: ☐

Allgemeine Fragen zum Lebensstil:

Treiben Sie Sport? _____

Hobby? _____

Trinkgewohnheiten: Ich trinke ca. _____ Liter am Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ ja- wenn ja, bitte kurze Beschreibung wie oft? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? (Bitte kurze Beschreibung)

Wurden Sie schon mal operiert? (Bitte kurze Beschreibung)

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen beifolgenden Organen?

☐ Gehirn ☐ Nervensystem ☐ Lunge ☐ Magen-Darm- Trakt ☐ Nieren ☐ Blase ☐ Gebärmutter
☐ Leber ☐ Galle ☐ Bauchspeicheldrüse ☐ Schilddrüse ☐ Herz

Haben Sie Probleme beim ☐ Wasserlassen ☐ Stuhlgang

Leiden Sie häufig unter ☐ Blähungen ☐ Durchfall ☐ Verstopfungen ☐ nervöser Magen



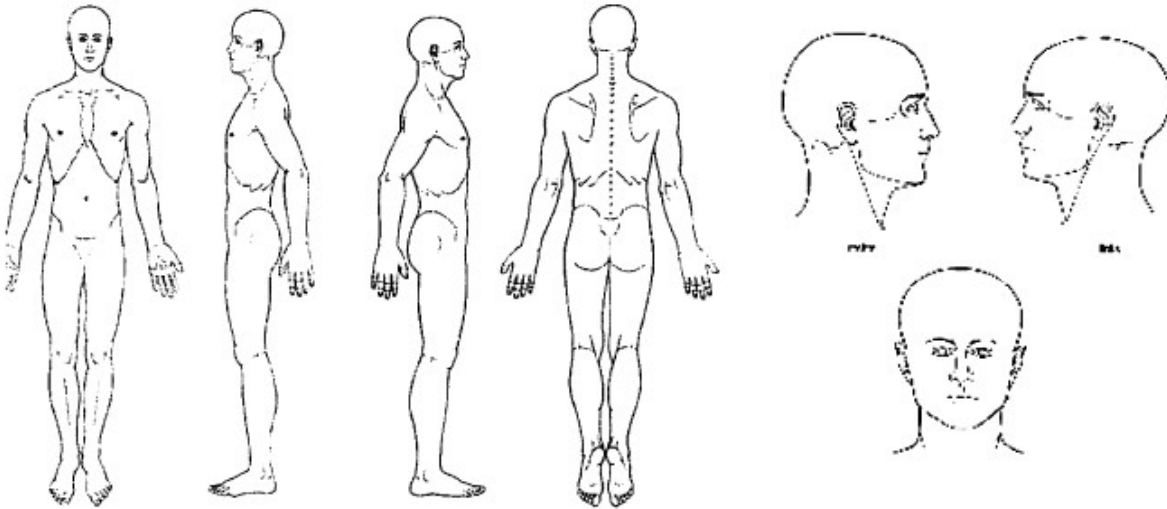
Anamnesebogen Praxis SIMO

Beschreiben Sie ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schwach (kaum spürbar)

sehr stark (stärkster vorstellbarer Schmerz)



Datum: _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!