



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



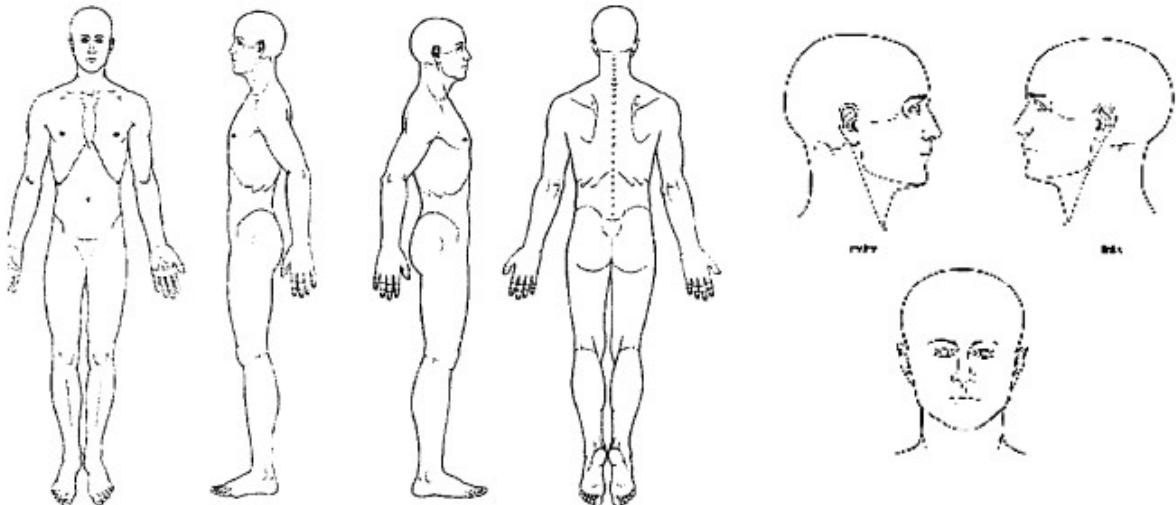
Anamnesebogen Praxis SIMO

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!