Voranamnese Formular

Bitte an der 1. Konsultation ausgefüllt mitbringen – besten Dank!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

CHRONOLOGIE:

Tragen Sie bitte unten die wichtigsten Krankheiten, Operationen, wurzelbehandelte Zähne, Ereignisse, «Schicksalsschläge», Partnerwechsel, Reisen in ferne Länder etc. chronologisch von Geburt an bis heute mit Datum ein: (Wo vorhanden, Arztberichte und aktuelle Laborwerte mitbringen.)

Beispiel	
1975 / 76	Schwangerschaft, Mutter hatte Heuschnupfen
08.08.76	Geburt - Frühgeburt / Kaiserschnitt

Datum	Was

IMPFUNGEN

Gab es Reaktionen: Müdigkeit, Kopfschmerzen, schmerzende Muskeln, Gelenkschmerzen, Schüttelfrost, Fieber, Übelkeit/Erbrechen, Schwellung der Lymphknoten, Schmerzen, Abszess/Eiter, Lähmungen, andere oder KEINE Reaktion?

Impfung	Reaktion(en)		
	keine	ja	Wenn ja → welche?
Masern / Mumps / Röteln *(MMR)*	❑	❑	
Polio	❑	❑	
Diphterie / Keuchhusten / Tetanus *(DiTePe)*	❑	❑	
Tb (BCG)	❑	❑	
Hepatitis A / B / C	❑	❑	
Grippe	❑	❑	
Zecken / FSME	❑	❑	
mRNA-Injektion (SARS-CoV-2): ❑ *Pfizer/BioNTech* ❑ *ModeRNA* ❑ *Janssen* ❑ *Novavax* ❑ _____ — Anzahl: ❑ *1x* ❑ *2x* ❑ *3x* ❑ *4x* ❑ __*x*	❑	❑	
Auffrischungsimpfung(en)	❑	❑	
	❑	❑	
	❑	❑	
	❑	❑	

➔ Impfbüchlein mitbringen

MEDIKAMENTE / NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL / HORMONELLE VERHÜTUNG

Bitte tragen Sie alles was Sie einnehmen mit Namen, seit wann und wie oft in die folgende Tabelle ein:

Was	Seit wann	Form (Tabl. / Kapseln / Tropfen / etc.)	Wie oft → z. B. 1 – 0 – 1 (1x Morgen – 0x Mittag – 1x Abend)