

**Fiche d'anamnèse : Cabinet médical Dr. Katrin Schäfer**

Prénoms :		Nom :	
Date de naissance :		Sexe:	
Situation familiale :		masculin      féminin      autres	
Rue :	B.P.	Lieu :	
Tél.		Adresse E-mail :	
Profession :		Current job / position:	
Personne à prévenir en cas d'urgence (parents, Partenaire, enfants, Amis)			
Nom:		Tél:	

**Quelles de ces maladies d'enfance aviez-vous eu ? Cochez s.v.p.**

Rougeole

Oreillons

Rubéole

Scarlatine

Varicelle

Autres :

**A quel organe aviez-vous été opéré ? Cochez s.v.p**

Appendice

Utérus

Vésicule biliaire

Sein

Estomac (BI/BII)

Hernie inguinale

Amande

Thyroïde

Autres :

**De quelles maladies antérieures souffrez-vous ou avez-vous souffert ? Cochez s.v.p.**

Hypertension

Diabète

Maladie gastrique

Tumeur

Maladie du rein

Maladie de la peau

Trouble métabolique

Trouble de métabolisme de l'acide urique

Sida

Tuberculose

Maladie pulmonaire

Hépatite

Maladie psychique

Maladie cardiaque

Douleur articulaire et de dos

Troubles épileptiques

Autres :

**Avez-vous de l'allergie ? / Intolérance ? Cochez s.v.p.**

Médicaments

Aspirine-acide acétylsalicylique

Si oui, lesquels ?

Pollen

Poils d'animaux

Acariens

Les métaux

Aliments

Comment réagissez-vous ?

Autres :

