

# Meine Krankheitsgeschichte

Patienten-Anamnese-Bogen der Fibromyalgie-Selbsthilfe Rhein – Main – Kinzig  

Vor- und Zuname:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Lfd. Nr.:	Beschreibung der Beschwerden: (stichwortartig)	Datum des Arzt- / Therapeuten - / oder Klinik- Besuches	Name und Adresse  - des aufgesuchten Arztes/Therapeuten - der Klinik (med. Fachrichtung angeben):	Ärztliche Diagnose:	Behandlungs- maßnahmen:	Verordnete Medikamente:  - Produktname - Pharmazeutischer Unternehmer - Wirkstoff - Tagesdosierung ( z.B.: 1 - 0 - 1 ) ( = morgens eine mittags keine abends eine )	Persönliche Bewertung der Wirksamkeit:  - der Maßnahme - des Medikamentes

mit freundlicher Unterstützung von Limptar® N

