



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Email: _____

Hausarzt: _____

Überweisender Arzt/Facharzt: _____

Auf welche Empfehlung kommen Sie zu uns? (Patient, überweisender Arzt, Internet...)

Berufliche Tätigkeit (körperliche Belastung?): _____

Sportliche regelmäßige Aktivitäten: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viel am Tag: _____

Haben Sie Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein

Welche: _____

Gerinnungshemmer? Ja Nein

Welche: _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell und seit wann?

Waren Sie wegen der aktuellen Beschwerden schon in Behandlung? Ja Nein

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, Operation + Zeitpunkt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Herz OP |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Depression/Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige wichtige Erkrankungen? _____ | | |