

INFORMATIONSBOGEN „ANAMNESE“

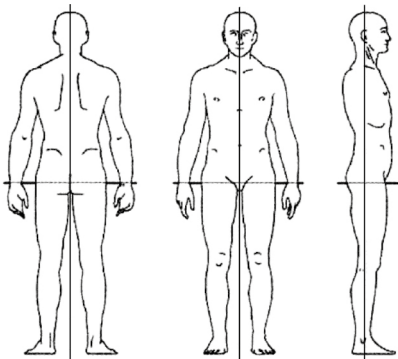
Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Therapiezeit ist wertvoll. Wir bitten Sie daher diesen Anamnesebogen in Ruhe und so vollständig als möglich auszufüllen. Dadurch erhalten wir wichtige Informationen, die für Ihre individuelle Therapie notwendig und hilfreich sind. Diese Informationen sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Alter _____

Beruf _____ Hobbies _____

Kurze Beschreibung Ihrer aktuellen Beschwerden/Schmerzen



Auslöser (z.B. Sturz) und seit wann: _____

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere folgender Krankheiten oder Beschwerden?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Venenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrosen | <input type="checkbox"/> Stuhl-/ Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie |
| <input type="checkbox"/> sehr hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> sehr niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Tumore |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Instabile Frakturen / Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Aortenaneurysma | <input type="checkbox"/> akute oder chronische Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Belastungsasthma oder Angina | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Erkrankung oder Atemwegserkrankung | |

Tragen Sie:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Gebiss/Brücke | <input type="checkbox"/> Künstlicher Gelenkersatz |
|--|--|---|

Liegt eine Schwangerschaft vor?

- Ja Nein



Nehmen Sie folgende Medikamente zu sich?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rheumamittel | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung (z.B. Marcumar, ASS) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison |

Sonstiges:

„SovdSignatur“

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir danken für Ihre Zusammenarbeit!