

A N A M N E S E B O G E N

Sehr geehrte Patientin ! Sehr geehrter Patient !

Vor Ihrer Behandlung oder Therapie benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, bitten wir Sie nachfolgende Fragen in Ruhe zu beantworten.

Herzlichen Dank !!!

Name, Vorname:			
geb. am:		Beruf:	
Telefon-Nummer:		Email-Adresse:	
Größe:		Gewicht:	
Familienstand:		Anzahl der Kinder:	

Weswegen kommen Sie in unsere Praxis ?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Leiden Sie an ...

Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Diabetes (Zucker):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Erkrankungen des Skelettsystems:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Thrombose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Anderen Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche:

Hatten Sie Operationen: ja nein

Wenn ja, welche, wann:

Welche Medikamente nehmen Sie:

Leiden Sie unter Allergien: ja nein

Wenn ja, welche:

Rauchen Sie: ja nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol: ja nein

Welche Vorerkrankungen in der Familie sind Ihnen bekannt (Vater / Mutter / Großeltern)

Besteht eine Schwangerschaft: ja nein