

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Name: _____ Nachname: _____

Bitte kreuzen Sie unten Ihre aktuellen Beschwerden an:

Adresse: _____ PLZ: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

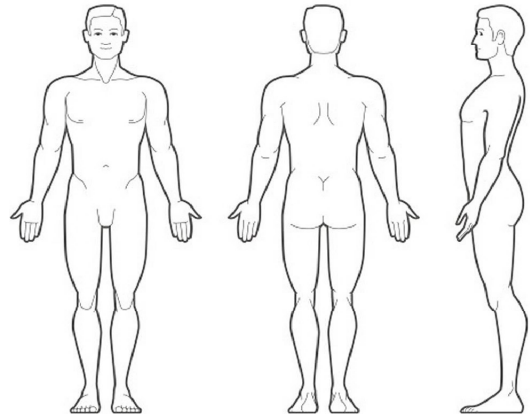
e-mail: _____ Sozialvers.Nr.: _____

Beruf: _____

Sport, Hobbies: _____

aktuelle Beschwerden:

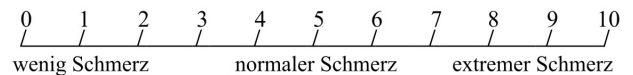
Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann äußern sie sich?



Vorerkrankungen und Operationen:
(Erstdiagnose)

- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose
- Herzinfarkt / Angina pectoris
- Diabetes mellitus
- Hauterkrankungen

Schmerzskala:



Körper-Gewicht und -Größe:

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein:

Für weibliche Patienten:

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Notizen vom Therapeuten/in:

Name / Therapeut/in

Vereinbarung über die wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen:

Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen! Ich bin mir bewusst, dass nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und das alle Angaben des Therapeuten nur Empfehlungen sind.

Durch falsche Angaben, haftet der Therapeut nicht für etwaige Schäden.

Datum / Unterschrift Patient/in