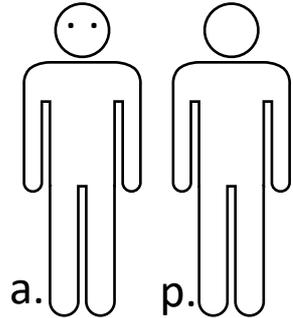


Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Hausarzt / Praxisort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse /  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen

1. Wegen welchen Beschwerden suchen Sie mich auf?

\_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden treten zusätzlich, abgesehen von den Genannten wiederkehrend auf?

\_\_\_\_\_

3. Operationen / Narben / Unfälle in zeitlicher Reihenfolge und Jahr - (auch Zähne):

\_\_\_\_\_

4. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? - (auch Viruserkrankungen)

\_\_\_\_\_

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann?	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann?	_____
Atmungssystem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Verdauung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Allergien/Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Glasknochenkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Thematik:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____

5. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament:	Dosis:

6. Absolvieren Sie ein regelmäßiges Dehnungsprogramm? ja nein

Welches: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit des Anamnesebogens:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_