

Anamnesebogen



Sehr geehrte(r) Patient(in),

um Sie optimal behandeln zu können, sind einige Informationen zu Ihrer Person hilfreich.

Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Vorname

Nachname

_____._____._____
Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Allgemeine Fragen

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung?

Ja _____ Nein _____

- Hausarzt
- Zahnarzt
- Orthopäde
- Internist
- Neurologe
- Psychologe / Psychotherapeut
- Heilpraktiker

Andere _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes Mellitus
- Bluthochdruck / arterielle Hypertonie
- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Schlaganfall
- Krampfleiden / Epilepsie
- Krebserkrankung
- Krampfadern / Varikosis
- pAVK
- Arteriosklerose
- Schilddrüsenerkrankung
- Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)
- Psychische Erkrankung (z.B. Depression)
- Neurologische Erkrankung (z.B. MS, Morbus Parkinson, ...)
- Blutungsstörung (z.B. Vit. K Mangel, Hämophilie, ...)
- Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, ...)
- Augenerkrankungen
- Unfälle (z.B. Schleudertrauma, Sturz aus größerer Höhe, ...)
- Rheumatische Erkrankungen
- Osteoporose
- Thrombosen

- Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Haben sie aktuell eine Spirale eingesetzt? Ja Nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Mittel (zB. Marcumar, ASS, ...)? Ja Nein
- Wurden Sie in den letzten 6 Monaten mit Kortison behandelt? Ja Nein
- Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Ja Nein
- falls ja:welche und wann

Wie möchte Sie Ihre Rechnung erhalten?

- per E-Mail
- per Post

Ort, Datum

Unterschrift