

## Anamnesebogen

Bitte vor der Behandlung genau durchlesen und ausfüllen.

---

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_  
(wenn familienversichert/gesetzlicher Betreuer)

Anschrift: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

*Wir bitten Sie, Ihre Termine bei Verhinderung, rechtzeitig abzusagen (24 Stunden vorher), da ansonsten entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können.*

### Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen:

hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschwäche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Defibrillator	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
COPD	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
VCJK/CJK	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
künstliche Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Welche & wann? \_\_\_\_\_

Gelenkerkrankung (z.B. Rheuma)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leberzirrhose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
	erworben <input type="checkbox"/>	angeboren <input type="checkbox"/>		
chron. Niereninsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Magen- /Darmerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Typ I <input type="checkbox"/>	Typ II <input type="checkbox"/>
	HbA1C – Wert: _____			
Schilddrüsen <b>über</b> funktion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Schilddrüsen <b>unter</b> funktion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Depressionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Angstzustände	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HIV/AIDS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Hepatitis A,B,C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

Welche? \_\_\_\_\_

Cortisoneinnahme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Organtransplantation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Chemotherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bestrahlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

regelmäßige Medikamenteneinnahme (Kopie Medikamentenplan)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	SSW: _____
-----------------	-----------------------------	-------------------------------	------------

Tabakkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
regelmäßiger Alkoholkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuchs:** \_\_\_\_\_

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

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