

Anamnesebogen

Bitte vor der Behandlung genau durchlesen und ausfüllen.

Name: _____ Geb.-datum: _____

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

Anschrift: _____

Handy/Telefon: _____

Pflegegrad: _____ Zusatzversicherung: Ja Nein

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"/>
MRSA (Krankenhauskeim)	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 Nein

Leberzirrhose Ja Nein

Grüner Star (Glaukom) Ja Nein

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 über funktion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsen unter 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"/>
(Kopie Allergiepass)	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"/>
		C <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <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? _____	

Waren oder sind Sie in knieorthopädischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

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: _____

Vielen Dank!