

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Festnetz: _____ Mobil: _____
Gewicht: _____ Größe: _____

Eigene Anamnese

- | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes Mellitus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tumorerkrankung (Wenn ja, welche? _____) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörung der Beine (pAVK) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörung (Erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gerinnungsstörung, systemische Bluterkrankung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, etc.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose oder Embolien |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Infektionskrankheiten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Starr) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Psychose, etc.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sind Allergien bekannt (Wenn ja, welche? _____) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? ____ Zigaretten) |

- Osteoporose, Morbus Bechterew, Spndylodiscitis
- Rheumatische Erkrankungen
- Bandscheibenvorfälle, Lähmungserscheinungen
- Abnormer Gewichtsverlust
- Knöcherne Verletzung innerhalb der letzten 6 Wochen

Familienanamnese

Sind bei Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Ja Nein

- Bluthochdruck
- Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen oder Bluterkrankungen
- Thrombose oder Embolie
- Psychische Erkrankungen (Depression, Psychose, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten