

# Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

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

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
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"/> | Schilddrüsenerkrankung   |
| <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 Star)                       |
| <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
- Schilddrüsenerkrankung
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen oder Bluterkrankungen
- Thrombose oder Embolie
- Psychische Erkrankungen (Depression, Psychose, etc.)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten