

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft, um sicherzustellen, dass einerseits keine wichtigen Krankheiten oder körperlichen Einschränkungen übersehen werden und andererseits unsere Therapie noch besser auf Sie abgestimmt werden kann.

Familienname/Vorname: _____ Geschlecht: M / W / D

Geburtsdatum: Tag ___ Monat ___ Jahr ___ Alter : _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Telefon-Nr. : _____ E-Mail: _____

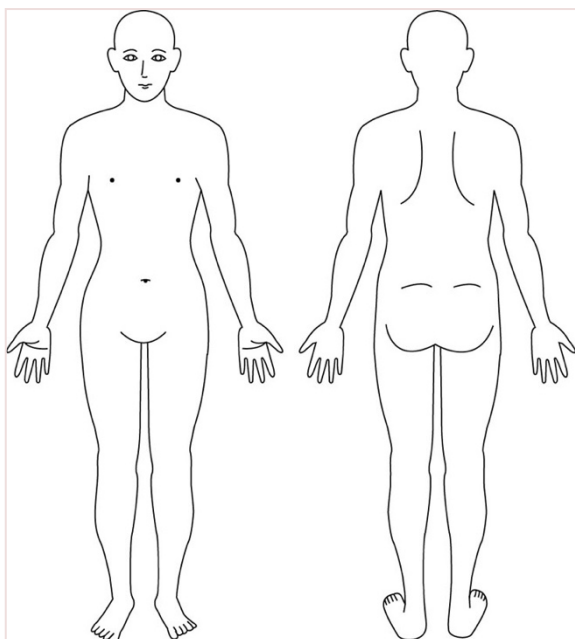
Beginn der Behandlung (Datum): _____

Krankenversicherung : _____

Beruf: _____ (aktuelle berufliche Tätigkeit)

Grund des Erscheinens: _____

Ärztliche Diagnosen, Andere Therapien, Medikamente, Krankenhausaufenthalte:



Mehr Informationen über die Symptome:

Körperstelle:

Intensität (1 - 10):

seit wann:

Qualität:

Veränderung:

Größe: _____cm Gewicht: _____kg Hüfte: _____cm

Knie (Re./Li.): _____cm Ellenbogen (Re./Li.) : _____cm

Blutdruck/Puls: _____ Körpertemperatur: _____

Krankheitsgeschichte (Verletzungen/Unfälle/Operationen):

Vegetative Anamnese (Ess-,Trink-,Miktions-,Stuhl-,Atmungs- bzw. Schlafprobleme usw.):

Gynäkologische Anamnese (Schwangerschaften, Geburten und Menstruationsstörung):

Psychosoziale Anamnese :

Allergien: _____

Medikamentenanamnese:

(Alkohol, Tabak, Drogen, Pillen, Psychopharmaka, Schlaf- bzw. Nahrungsergänzungsmittel usw.)

spezifische Infektionskrankheiten (Geschichte; Hepatitis, Tuberkulose, HIV usw.) :

Reisen innerhalb Deutschlands oder Auslandsaufenthalte in den letzten 6 Monaten :

Familienanamnese (Krebs, Asthma, Neurodermitis, psychische Erkrankungen usw.):

Bemerkungen und Diagnose(ICD10):

notfallverdächtige körperliche Erscheinungen und B-Symptomatik