

Anamnesebogen

Ich benötige einige Angaben, um individuell und optimal behandeln zu können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Deine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sie dienen ausschließlich dazu, meine Therapie zu optimieren. Sie werden nicht weiterverarbeitet.

Name, Vorname:	
Geboren am:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Name des Erziehungsberechtigten:	
Telefon:	
E-mail:	
Beruf:	
krankvenversichert bei:	
Behandelnde Ärzt/innen:	
Grund meines Besuchs. Welche körperlichen oder emotionalen Beschwerden haben Sie?	
Was verbessert die Beschwerden?	
Was verschlechtert sie?	
Welche Therapien wurden/werden derzeit durchgeführt?	
Besteht eine Schwangerschaft?	
Bestehen Allergien? Welche?	
Tragen Sie Schuheinlagen/Absatzerhöhungen?	
Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja welche und wann? Haben Sie (weitere) Narben?	
Treiben Sie Sport? Welchen? Sind Sie Leistungssportler?	
Regelmäßige Medikamente:	
Akute Medikamenteneinnahme:	

Weitere Erkrankungen, bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="checkbox"/> Venöse Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Aneurysmen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> häufig Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Unfall-Kopf-Hals | <input type="checkbox"/> Mandelentfernung |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> Stents |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Prothesen/Implantate |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose/-malazie |
| <input type="checkbox"/> orthopädische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/-schrittmacher | <input type="checkbox"/> Psychosen |
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Datum

Unterschrift der/s Patient/in

Die Behandlung ersetzt keinen Arztbesuch, sondern ist komplementär zu verstehen.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!