



Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Beruf: _____ Fam.stand: _____ heutiges Datum: _____

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie?

2. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

3. Haben sich die Beschwerden/Schmerzen seither verschlimmert () oder gebessert ()

4. Wodurch vermindern oder verschlimmern sich die Symptome? (zutreffendes bitte markieren)

Bewegung () Ruhe () Wärme ()

5. Bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden?

6. Haben Sie Empfindungsstörungen wie

Taubheit () Überempfindlichkeit () Wärmegefühl () Kältegefühl () Brennen ()
Kälte () Kribbeln ()

7. Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja, welche und wann?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

8. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was und wann?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

9. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen oder Organstörungen?

hoher Blutdruck () Durchblutungsstörung () Gicht ()
niedriger Blutdruck () Erhöhung der Blutfette () Zuckerkrankheit () Blutungsneigung ()
Herz () Magen-Darm () Nieren () Bewegungsapparat

Bauchspeicheldrüse () Lunge und Bronchien () Urogenitalsystem () Leber-Galle ()

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- _____
- _____
- _____
- _____

11. Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?

12. Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja () Nein ()

Wenn ja, welchen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bitte bringen Sie zum Termin die Ihnen vorliegenden medizinischen Befunde (Labor, Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassbriefe, Medikamentenverordnung) mit.