

# A N A M N E S E B O G E N

Sehr geehrte Patientin !      Sehr geehrter Patient !

Vor Ihrer Behandlung oder Therapie benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, bitten wir Sie nachfolgende Fragen in Ruhe zu beantworten.

**Herzlichen Dank !!!**

Name, Vorname:			
geb. am:		Beruf:	
Telefon-Nummer:		Email-Adresse:	
Größe:		Gewicht:	
Familienstand:		Anzahl der Kinder:	

**Weswegen kommen Sie in unsere Praxis ?**

---

---

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?**

---

---

**Leiden Sie an ...**

Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Diabetes (Zucker):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Erkrankungen des Skelettsystems:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Thrombose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Details:
Anderen Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche:

---

---

Hatten Sie Operationen:       ja       nein

Wenn ja, welche, wann:

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie:

---

---

Leiden Sie unter Allergien:       ja       nein

Wenn ja, welche:

---

---

Rauchen Sie:       ja       nein  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol:       ja       nein

Welche Vorerkrankungen in der Familie sind Ihnen bekannt (Vater / Mutter / Großeltern)

---

---

Besteht eine Schwangerschaft:       ja       nein