

ANAMNESEBOGEN / PATIENTENANMELDUNG

Bitte vor der Behandlung genau durchlesen, ausfüllen und abgeben. Danke!

Persönliche Daten:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Beruf

Krankenkasse oder Krankenversicherung

Hausarzt

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet)

Kinder (Name, Geburtsdatum)

Allgemeine Angaben:

Körpergröße

Körpergewicht

Raucher nein ja

Alkoholkonsum nein ja

Drogenkonsum nein ja

Schwangerschaft nein ja

Medikamente

Ernährungsgewohnheiten

wenn ja: selten oft regelmäßig

wenn ja: selten oft regelmäßig

wenn ja: selten oft regelmäßig

wenn ja: welcher Monat? _____

Aktuelle Beschwerden:

Erkrankungen:

Falls Sie mit „ja“ antworten, ggf. ergänzende Angaben:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Herz/Kreislauf
(z.B.: Herzinfarkt, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lunge/Atmung
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Raucherhusten) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Blutgefäße
(z.B. Gefäßverkalkungen wie Arteriosklerose, Thrombosen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bluterkrankungen
(z.B. Blutarmut, Blutstillungsstörungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Magen/Darm/Bauch
(z.B. Verdauung/Wasserlassen/Wasser halten) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Genitalorgane | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nieren | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leber | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nerven
(z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Epilepsie, Missempfindungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gehirn
(z.B. Schlaganfall, Tumore, Denkeinschränkungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sinnesorgane
(z.B. Sehen, Riechen, Schmecken, Hören, Fühlen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Seele/Psyche
(z.B. Burnout, Depression, Angst) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Knochen
(z.B. Brüche, Osteoporose) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wirbelsäule
(z.B. Verschleiß, Bandscheibenvorfälle, Arthrose, Brüche, Stauchungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gelenke
(z.B. Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkspiegelung, Stauchungen, Zerrungen, Überdehnungen, Ausrenkung, Bänderriss) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Autoimmunerkrankungen
(z.B. Rheuma, M. Basedow, M. Hashimoto) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Krebs | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ansteckende Krankheiten
(z.B. Hepatitis, HIV, Sars-Cov-19, tropische Erkrankungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Operationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Falls Sie mit „ja“ antworten, ggf. ergänzende Angaben:

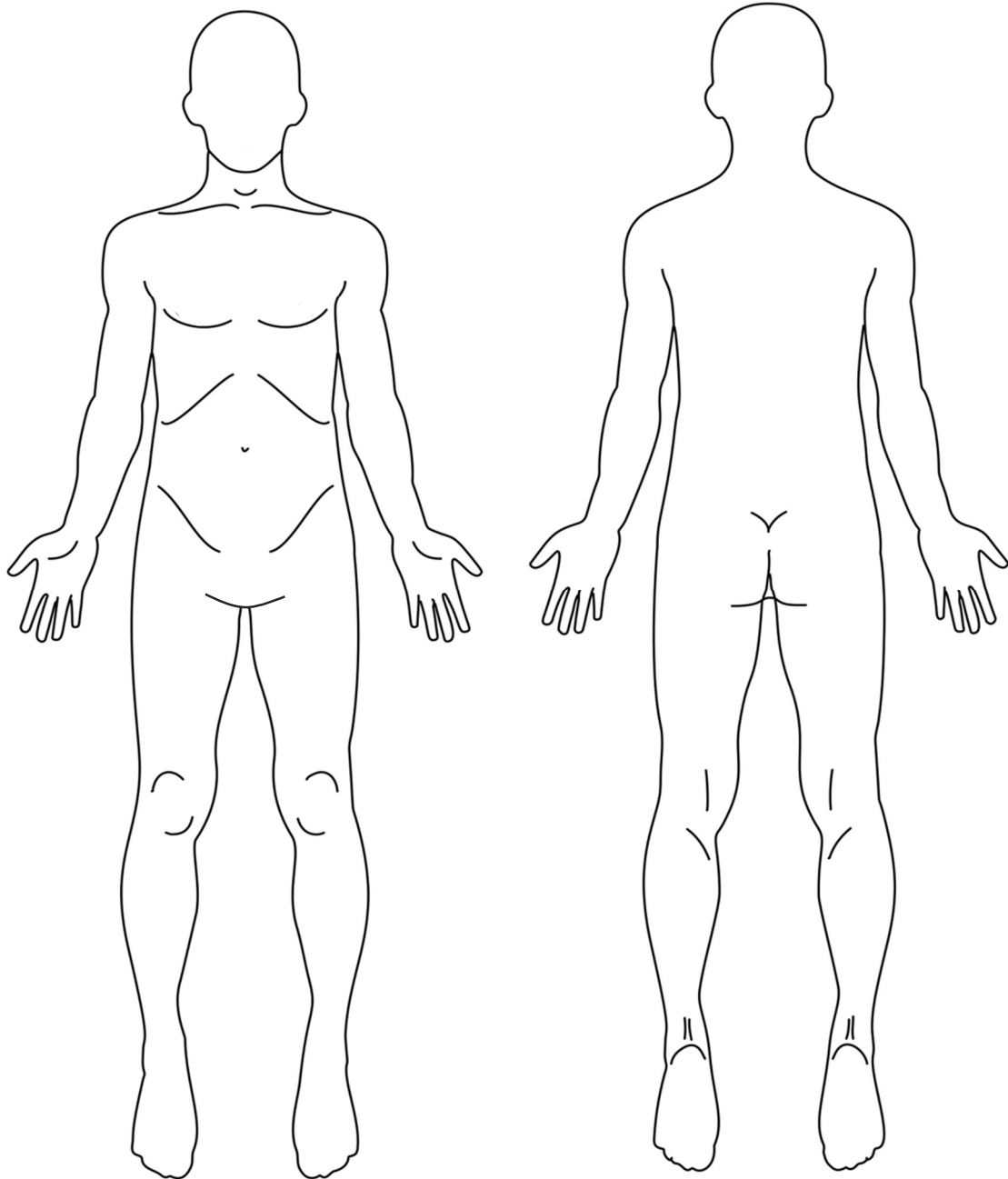
Stoffwechsel/Hormone:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Cholesterin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Länge des Menstruationszyklus | | |

Schmerzen

Bitte markieren Sie auf der Abbildung den/die Bereiche, der/die Ihnen Schmerzen bereiten.

(Angabe wenn möglich auf einer Skala von 0 - 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 den schlimmsten Schmerz, den Sie sich vorstellen können, bedeutet.)



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigter

Ihre Angaben werden von mir ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.