

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Krankenkasse: _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Weitere behandelnde Ärzte/Kliniken:

Grund für Ihren Besuch:

Handelt es sich um Folgen eines Unfalls: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Arbeitsunfall? ☐ Ja ☐ Nein

Datum des Unfalls: _____

Dauer der Beschwerden: _____

Arbeitsunfähigkeit besteht ☐ Ja ☐ Nein

seit: _____ Wochen

Stehen aufgrund der Erkrankung juristische Auseinandersetzungen an (z.B. wegen Schmerzensgeld, Schadensersatz, Rente, etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?

Verwenden Sie orthopädische Hilfsmittel?

- ☐ Rollstuhl ☐ Gehstützen ☐ Orthopädische Schuhe ☐ Einlagen
☐ Bandagen ☐ andere: _____

Wie weit können Sie laufen?

- ☐ unbegrenzt
☐ Schmerzen nach längerem Gehen oder beim Sport
☐ Nur kurze Strecken von wenigen hundert Metern
☐ Nur kurze Strecken im Haus
☐ Rollstuhlpflichtig

Wurde bei Ihnen je eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutungsneigung | ☐ Arterielle Verschlusskrankheit |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Tumorleiden |
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Herzerkrankungen |
| ☐ Thrombose, Lungenembolie | ☐ Epilepsie |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Rheuma | ☐ Osteoporose |
| ☐ Gicht | ☐ Anämie/Blutarmut |
| ☐ Nervenkrankungen/Nervenschäden | |
| ☐ Zucker/Diabetes, letzter HbA1c: _____ | |
| ☐ Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA-Besiedelung o.ä.) | |
| ☐ sonstiges: _____ | |

Sind sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Weitere Krankheiten oder Unfälle: _____

Wurde bei Ihnen schon mal eine Operation durchgeführt: ☐ Ja ☐ Nein

Bitte führen Sie Ihre bisherigen Operationen mit Jahresangabe auf:

Jahr	Operation	Wo? (Name der Einrichtung)

Bitte kreuzen Sie die Stoffe an, auf die Sie allergisch sind:

- ☐ Penicillin ☐ Jod ☐ Latex ☐ Nickel/ Kobalt
☐ Cephalosporin ☐ Kontrastmittel ☐ Pflaster
☐ Andere: _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, Anzahl Zig./ Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, Menge / Tag: _____

Sind Sie sportlich aktiv? ☐ Nein ☐ Ja

Sportarten: _____

Stunden/Woche: _____

Versorgungssituation/Familie:

- Familienstand: ☐ alleinstehend ☐ verheiratet
☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft

Bezugsperson:

Name: _____

Tel: _____

Medikamentenplan

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte tragen Sie in diese Liste ihre aktuelle Medikation ein.

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Beispiel:

Ibuprofen Schmerzen 600 mg Tablette 1-0-1

Medikament	Grund der Einnahme	Dosis	Darreichungsform	Menge

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/s Patient(in) /
Erziehungsberechtigten / Vormunds