

Anamnesebogen (allg. Vorgeschichte)



Sehr geehrte(r) Patient/Innen,

neben einigen allgemeinen Daten benötigen wir auch Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand, um etwaige behandlungsspezifische Kontraindikationen zu erkennen, und die Behandlung bestmöglich anzupassen. Bitte füllen Sie uns daher diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Allgemeine Angaben :

(Titel), Nachname, Vorname :

Geb.:

Strasse :

PLZ, Ort :

Telefon (privat) :

Mobil :

gesch. :

E - Mail :

Beruf :

Hausarzt :

Krankenversicherung :

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Befunde ?

Kardiologie / Hämodynamik / Angiologie

	ja	nein		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher ⇒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____

Innere Erkrankungen

	ja	nein		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Lebererkrankungen Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____
Lungen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇒	_____

Anamnesebogen (allg. Vorgeschichte)



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Befunde ?

Onkologie (Krebserkrankungen)

	ja	nein	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Bestrahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Neurologie

	ja	nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Karpaltunnel-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Orthopädie

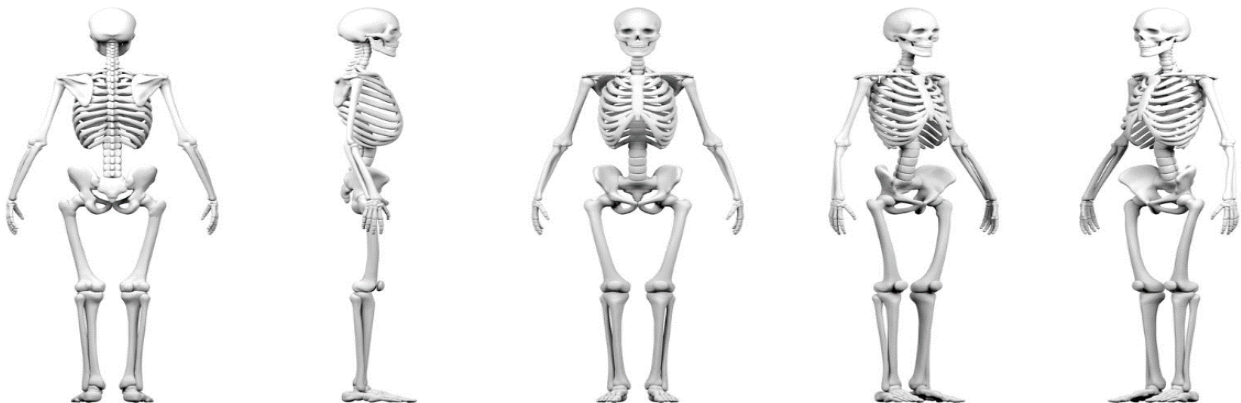
	ja	nein	Ärztliche Diagnose(n) / Operation(en) (Wann?)
Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Schultergelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Ellenbogen- / Handgelenke / Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Hüftgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Kniegelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Sprunggelenke / Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Anmerkungen (orthopädisch)			_____

Anamnesebogen (allg. Vorgeschichte)

Rheumatologie			
	ja	nein	
Psoriasisassoziierte Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____
Polymyalgia rheumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikation ⇨ _____

Dermatologie (Hauterkrankungen)			
	ja	nein	
Bestehen bei Ihnen Hauterkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche ⇨ _____
Liegt eine Pflasterallergie vor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte in der unteren Grafik folgendes einzeichnen :
 - Schmerzpunkte mit einem "x"
 - Ausstrahlungen mit einer Linie "-----"



Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich im Rahmen des Datenschutzes (DSGVO) und der Schweigepflicht zu. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend informieren, falls Änderungen eintreten. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Fragen und Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Darmstadt, den _____

Unterschrift : _____