

Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vorname/ Name des Erziehungsberechtigten bzw. Versicherten:

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon:

E- Mail:

Krankenversicherung:

Name des Hausarztes:

Familienstand:

Kinder:

Größe/Gewicht:

Beruf:

Hobbys:

Konsumieren Sie Alkohol,Nikotin,Drogen:

Wenn ja, wie häufig:

Hauptsymptome:

Beschreiben Sie Ihre Schmerzen:

Schätzen Sie Ihre Beschwerden auf einer Schmerzskala von 1 bis 10 ein.

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]

schwach

(kaum spürbarer Schmerz)

mittel

sehr stark

(stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welches Ereignis war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
(z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operationen, Medikamente, Impfungen usw.)

Wann sind die Schmerzen?

Morgens: bei Bewegung:

In Ruhe: nachts:

Sind die Schmerzen von Ihnen beeinflussbar? Wenn ja, wodurch?

Bestehen Fieber, Nachtschweiß?

Gewichtsabnahme?

Abgeschlagenheit/Energieverlust/Müdigkeit?

Können Sie gut Einschlafen, Durchschlafen?

Gab es Unfälle?

Welche Operationen haben Sie gehabt?

Welche Vorerkrankungen bestehen?

Gibt es Hautveränderungen?

Haben Sie Osteoporose oder Gerinnungsstörungen?

Erhalten Sie Vorsorgeuntersuchungen?

Welche Therapien haben Sie bisher erhalten?

Nehmen Sie Medikamente ein? (Name, Dosis, Häufigkeit, evtl. Medikamentenplan mitbringen)

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Welche Erkrankungen kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

(z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krampfleiden, psychische Erkrankungen)

Gab es in der letzten Zeit Auslandsaufenthalte?

Sind Sie vor Reiseantritt geimpft worden?

Bitte bringen Sie ein großes Handtuch mit, wichtig wären auch Arztbefunde, Röntgen-, CT- und MRT Befunde etc.

Terminabsagen

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie diesen mindestens 48 Stunden vorher, entweder über eine Email, einen persönlichen Anruf oder eine kurze Information auf meinen Anrufbeantworter abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine, die ich nicht anderweitig vergeben konnte, muss ich Ihnen leider in Rechnung stellen.

Behandlungsbedingungen

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Behandlung, sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie, sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde. (Analog § 630 a-h BGB)

Datum, Ort

Unterschrift Patient