



Anamnesebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.Nr.: privat: _____

Mobil: _____

SMS-Benachrichtigung

E-Mail: _____

E-Mail-

(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben!)
Benachrichtigung

Beruf / Tätigkeit: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Liegt eine Erwerbsminderung vor? nein ja

Liegt ein Grad der Behinderung vor? nein ja Grad _____

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

1. Datum: _____ Impfstoff: _____

2. Datum: _____ Impfstoff: _____

3. Datum: _____ Impfstoff: _____

Rauchen: nein ja

Allergien: nein ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit: nein
 ja, welche: _____

Haben oder hatten sie eine der folgenden Erkrankungen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 (Coronavirus) | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: _____ | | |

Haben Sie eine Gelenkprothese? nein ja

Wenn ja, wo / seit wann? _____

Knochenbrüche: nein ja

wenn ja, welche und wann: _____

Operationen: _____

aktuelle Medikation:

blutgerinnungshemmende Medikation: (z.B. Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto, Eliquis etc.)

nein ja welche? _____

weitere Medikamente:

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ | 9. _____ |

Röntgenuntersuchungen: _____

Rehabilitationsmaßnahmen: _____

Hilfsmittelverordnung: _____

Krankengymnastik/Sportliche Aktivitäten: welche? _____

wie oft? _____x Woche _____x Monat

Befundauskunft darf erfolgen an:
(Angehörige etc.)

Einwilligung über Aushändigung von Verordnungen

Ich bin damit einverstanden, dass folgenden Personen:

(Vor- – und Nachname und Geburtsdatum):

meine Verordnungen (Rezepte, Überweisungen, etc.) ausgehändigt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!