



## 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!