

Anamnesebogen**Name:****Geburtsdatum:****Tel.Nr.:** privat: _____**Mobil:** _____ SMS-Benachrichtigung**E-Mail:** _____ E-Mail-Benachrichtigung**(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben!)**

Beruf / Tätigkeit: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Liegt eine Erwerbsminderung vor? nein jaLiegt ein Grad der Behinderung vor? nein ja Grad _____Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? ja nein**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: _____

bitte wenden! →

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!