



**Anamnesebogen**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Beruf/Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

---

**Operationen/ Jahr (bitte alle angeben)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Osteoporose?** J / N

**Sind Ihnen Tumorerkrankungen bekannt?  
( inkl. Familie)** J / N

**Hatten Sie einen Schlaganfall?** J / N

**Sind Ihnen Gefäßerkrankungen/ Verletzungen bekannt?** J / N

**Wurde bei Ihnen schon einmal ein Bandscheibenvorfall mit  
neurologischen Ausfällen diagnostiziert?** J / N

**Leiden Sie unter Rheuma?** J / N

**Medikamente** J seit: / N

**Blutdrucksenker ( auch Beta- Blocker) /** \_\_\_\_\_

**Blutverdünner /** \_\_\_\_\_

**Cortison /** \_\_\_\_\_

**Cholesterinsenker /** \_\_\_\_\_

**Psychopharmaka /** \_\_\_\_\_

**Schmerzmittel /** \_\_\_\_\_

**Sonstige Medikamente /** \_\_\_\_\_

**Welche ?**

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

**Unfälle/ Stürze N / J**

**Was ist passiert und Wann**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport? N / J**

**Was** \_\_\_\_\_

**Wie oft** \_\_\_\_\_

**Wo** \_\_\_\_\_

**Ort/ Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten** \_\_\_\_\_