

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**

\_\_\_\_\_