

# Anamnesebogen

Liebe Patient\*innen

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von Bedeutung. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie einfach ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift.

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig): \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?    Ja                       Nein

Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen und Vorerkrankungen (Orthopädisch):

Was?	Wann?

Haben Sie Allergien?    Ja                       Nein

Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zusatzangabe für Frauen:

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?    Ja                       Nein

Datum: \_\_\_\_\_                      Unterschrift: \_\_\_\_\_