

## ANAMNESEBOGEN

**Um für Sie eine optimale Behandlung anbieten zu können, bitten wir Sie diesen Fragbogen möglichst vollständig auszufüllen.**

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** ...../...../.....

**Größe:** ..... **Gewicht:** ..... **Beruf:** .....

**Wer ist Ihr Hausarzt/ Hausärztin:** .....

**Füllen Sie bitte die Vorder- und Rückseite aus und zum 1. Termin mitbringen.**

**Bitte ankreuzen, was bei Ihnen zutrifft:**

<b>Bekannte Diagnosen ?</b>	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Psychosen
	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
	<input type="checkbox"/> Funktionsstörungen des Herzens	<input type="checkbox"/> Epilepsie
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Demenz
	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Rückenleiden
	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> Gelenkprobleme
	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
	<input type="checkbox"/> Schilddrüse: Unter-/Überfunktion, Knoten	<input type="checkbox"/> Tinnitus
	<input type="checkbox"/> Nierenleiden, Nierenstein	<input type="checkbox"/> Schwindel
	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Borreliose
	<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> Herpes
	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> TBC
	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Krebsleiden (Mamma, Dickdarm ,Prostata)
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Leiden Sie unter Ein- und Durchschlafstörungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Weiter auf Seite 2

<b>Regelmäßige          Medikamenteneinnahme?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, was genau? (Dosierung, gegen welches Leiden?) • • • • • • • • Evtl. Kopie des Medikamenten- verordnungsplanes?
<b>Körperliche und /oder          geistige Behinderungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, was genau? • • •
<b>Sind Sie auf Hilfsmittel          angewiesen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, was genau? ( Rollstuhl, Rollator, Gehstützen ..) • • •
<b>Haben Sie Allergien?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, was genau? • • •
<b>Gab es in der          Vergangenheit operative          Eingriffe oder ist eine OP          geplant?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, was genau? • • •
<b>Sind Sie einer nächtlichen          Atemtherapie (CPAP) zur          Behandlung des          Schlafapnoesyndroms          positiv eingestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Unentschlossen	