



ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat

(bei privat) Krankenkasse, Sitz: _____

Hausarzt: _____

Überweisung durch: _____

Wir weisen darauf hin, dass eine Unterrichtung des überweisenden Behandlers regelmäßig erfolgt.

Kontakt Daten von auskunftsberechtigten Angehörigen / gesetzlichen Betreuer:

Sorgeberechtigte bei Minderjährigen: _____

Notfallkontakt: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

_____ **Beginn:** _____

Bisherige Therapiemaßnahmen: _____



Vorerkrankungen: _____

_____ in Behandlung: ja nein

Chronische Erkrankungen: _____

_____ in Behandlung: ja nein

Derzeitige Dauermedikation: _____

Allergien / Unverträglichkeiten / Überempfindlichkeiten: _____

Operationen, Verletzungen, Geburten, Narben: _____

Stoffwechselstörungen oder Gefäßerkrankungen: _____

Aktuelle Röntgenaufnahmen (Labor, Sono, MRT, CT o. ä.): _____

Mitbehandlung durch andere Fachgruppen: ja
nein

Sonstiges: _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift