

# Anamnese-Fragebogen

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Versicherungs-Nr.: .....

**Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte darf nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung erfolgen.**

**Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?**

- Q Ja
- Q Nein

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- Q durch die Familie
- Q durch Freunde oder Bekannte
- Q durch die Empfehlung meines Hausarztes
- Q durch Empfehlung des überweisenden Arztes
- Q durch die Zeitung
- Q durch das Internet
- Q ich wohne in der Gegend
- Q durch die Praxisschilder
- Q .....

**Sind bei Ihnen rheumatische Erkrankungen bekannt?**

- Q Ja
- Q Nein

**Welche Beschwerden führen Sie zu uns?**

.....

**Seit wann haben Sie die Beschwerden ?**

.....

**Wie äußern sich Ihre Beschwerden? (stechen, ziehen, ...?)**

.....

**Welcher Arzt hat Sie zu uns überwiesen?**

- Q Ich bin ohne Überweisung hierher gekommen
- Q Hausarzt: .....
- Q Weitere Ärzte: .....

**Medizinische Daten:**

Größe: ..... cm

Gewicht: ..... kg

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

- Q Ja
- Q Nein

**Leiden Sie an Erkrankungen:**

- Q des Herzens?
- Q des Blutdrucks?
- Q des Blutes oder des Blutgerinnungssystems?
- Q der Lunge?
- Q des Magens (etwa Magengeschwüre)?
- Q des Darms?
- Q der Schilddrüse?
- Q der Haut?
- Q des Nervensystems?

**Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit?**

- Q Nein
- Q Hepatitis
- Q HIV / AIDS
- Q Andere: .....

**Leiden Sie an Allergien?**

- Q Ja
- Q Nein

**Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch?**

.....  
.....  
.....

**Wie oft trinken Sie Alkohol pro Woche?**

- Q Nie
- Q einmal die Woche
- Q mehrmals die Woche
- Q täglich



# Anamnese-Fragebogen

Q Nein

## Rauchen Sie?

- Q Selten (Gelegenheitsraucher)
- Q Nein
- Q Regelmäßig

## Konsumieren Sie schädliche Substanzen (z.B. Drogen, Medikamentenmissbrauch)?

- Q Nein
- Q Ja, Drogenmissbrauch, nämlich:  
.....
- Q Ja, Medikamentenmissbrauch, nämlich:  
.....

## Tragen Sie Implantate (z.B. Herzschrittmacher, künstl. Hüftgelenk)? Wenn ja, wo ?

## Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?

- Q Ja
- Q Nein

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Q Ja
- Q Nein

## Wenn ja, welche und wogegen?

## Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

- Q Ja, im ..... Monat
- Q Nein
- Q ungewiss

## Haben Sie eine Krankenzusatzversicherung oder Zahnzusatzversicherung? Oder befinden Sie sich im Chroniker- oder Bonusprogramm Ihrer Krankenkasse? Sonst noch etwas wichtiges, dass in diesem Bogen nicht gefragt worden ist, (freiwillige Angabe)

.....  
.....  
.....

*Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Gesundheitszustandes, notwendig.*

*Deshalb geben wir zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis oder eine Abklärung mit Ihrem Hausarzt oder Facharzt notwendig ist. Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:*

- nach einem abgelaufenen Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Verengung der Herzkranzgefäße (sog. koronare Herzkrankheit)
- Blutdruck systolisch über 160 mmHg und/oder diastolisch über 95mmHg
- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Zustand bei akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall

*Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.*

*Alle Therapien bzw. Präventivangebote in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Therapien und Präventionsprogramme sehr sinnvoll und notwendig, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in o.g. Fällen eine zusätzliche medizinische Abklärung erforderlich.*

*Sollten Sie in dem einen oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor dem Therapiebeginn mit Ihrem Haus- oder Facharzt. Jegliche Teilnahme an Therapie- und Präventivangeboten erfolgt auf eigene Verantwortung.*

*Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.*

*Wir übernehmen keine Haftung für Personen- und Sachschäden in folgenden Fällen:*

- Wenn Ihr Arzt Ihnen aus gesundheitlichen Gründen von der Behandlung abgeraten hat
- Wenn unsere Anweisungen bezüglich Sicherheit oder Technik nicht befolgt werden
- Unfälle, die in der Praxis durch Dritte verursacht werden
- Wegeunfälle

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:*

## Haftungsausschlussvereinbarung

*Im Rahmen unserer Therapien werden Ihnen Empfehlungen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, unter anderem auch zu speziellen*

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten