



ANAMNESEBOGEN

Informationen, die für Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt wichtig sind!

Name:	Wohnanschrift:
Versicherungsnr.:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	E-Mailadresse:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Durchblutungsstörungen (verlängerte Blutung, Thrombose, Embolie, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Zucker-, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Schilddrüse, Osteoporose, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Lungen-, Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD, Sauerstofftherapie, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Magen-Darm-Erkrankungen (Magengeschwür, Morbus Crohn, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Leber- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Pankreasentzündung, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Urologische Erkrankungen (Nieren, Prostata, häufige Harnwegsinfekte, Inkontinenz, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Neurologische Erkrankungen/Ereignisse (Migräne, Epilepsie, Parkinson, Schlaganfall etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten (Heiserkeit, Nasenpolypen, Ohrengeräusche, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Augenerkrankungen (Fehlsichtigkeit, grauer/grüner Star, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Haut-, Geschlechtskrankheiten (Schuppenflechte, Herpes, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Infektionskrankheiten (HIV, Aids, Hepatitis, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Orthopädische Erkrankungen (Wirbelsäule, Gelenke, Sehnenverletzungen, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Psychiatrische Erkrankung (Depression, Burnout, Essstörung, Schizophrenie, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Krebserkrankungen (Brust, Darm, Lunge, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Behandlungsart: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Immuntherapie
Sonstige Erkrankungen? _____





Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?

(Bitte auch nicht vom Arzt verordnete Präparate anführen)

nein ja, welche: (Bitte inkl. Name, Dosis, Einnahmeschema!)

Allergien/Unverträglichkeiten (Gräser/Pollen, Medikamente/Kontrastmittel, Nahrung, etc.)

nein ja, welche: _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

nein ja, welche & wann: _____

Hatten Sie irgendwelche Unfälle?

nein ja, welche & wann: _____

Sind Sie derzeit in Behandlung/Therapie? (anderer Arzt/Facharzt, Physiotherapie, etc.)

nein ja, welche: _____

Rauchen

Nie Nicht mehr, seit wann etwa _____ Tagen/Wochen/Jahren

Ja, ca. _____ Stück/Woche, seit etwa _____ Jahren

Alkoholkonsum

Nein Gelegentlich

Ja, etwa wieviel und wovon: _____

Schwangerschaft

Nein Ja, im wievielen Monat: _____

Vorherige Geburten? _____ Aborte? _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Ort, Datum

Unterschrift

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben)

Wir danken für Ihre Mithilfe!

Ihr PVZ-Team

