

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

ORTHOPÄDIE BARGTEHEIDE

– Zentrum für Wirbelsäulentherapie –

Dr. med. Ernst-Michael Tetzlaff

Facharzt für Orthopädie

Facharzt für Physikalische & Rehabilitative Medizin

Sportmedizin – Chirotherapie – Physikalische Therapie

Spezielle Sprechstunde:

Chronische Rückenschmerzen & Skoliose



Persönliche Daten		Datum:
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Beruf:	
Telefon:	Handy:	
E-Mail:	Hausarzt:	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magendarmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Oder legen Sie uns Ihren Medikamentenplan vor

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bemerkung

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs, welcher?	

Rauchen Sie?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann und wie viel pro Tag? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe bis _____ geraucht.

Welchen Beruf üb(t)en Sie aus? _____

Trinken Sie Alkohol oder konsumieren Sie Rauschmittel?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig _____/24 h	<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich _____
<input type="checkbox"/> Ich habe früher Alkohol oder Drogen konsumiert		

Welche Medikamentenunverträglichkeiten sind bekannt?

Medikament	Unverträglichkeitserscheinung	Zeitraum der Einnahme

Listen Sie bitte wesentliche Erkrankungen und Operationen auf und die behandelnden Ärzte und Krankenhäuser

Jahr	Erkrankung	Art der Therapie (OP, Injektionen etc.)	Name der Klinik mit Anschrift	Name des Arztes mit Anschrift

Unterschrift des Patienten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!