

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 – Chiropraktik – 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

- Bluthochdruck, seit _____
- Diabetes mellitus, seit _____
- Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
- Herzinfarkt, am _____
- Schlaganfall, am _____
- Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
- Thrombose, am _____ wo _____
- Lungenembolie, am _____
- Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
- Schilddrüsenerkrankungen
- Magendarmerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Allergien, welche _____
- Hepatitis (Gelbsucht)
- 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

- Seit wann und wie viel pro Tag? _____
- Ich habe bis _____ geraucht.

Welchen Beruf üb(t)en Sie aus? _____

Trinken Sie Alkohol oder konsumieren Sie Rauschmittel?

- Nie Ja, regelmäßig _____ /24 h Ja, gelegentlich _____
- 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!