

## Anamnesebogen

Lieber Patient/ Liebe Patientin,  
da wir Sie noch nicht kennen, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick und Informationen über eventuelle Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten. So können wir eine optimale Versorgung in unserer Praxis gewährleisten.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

---

Medikamentenunverträglichkeit/ Allergien:

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?  Ja  Nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben oder hatten sie eine der folgenden Krankheiten oder Infektionen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      | <input type="checkbox"/> HIV               |
| <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Hepatitis         |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD      |
| <input type="checkbox"/> Rheuma             | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |

Im Laufe der Behandlung können Sie zur Schmerzreduktion oder Verbesserung der Funktion Medikamenteninjektionen erhalten.

Auch unter Einhaltung äußerster Sorgfalt, hygienischen Maßnahmen und Abwägung von alternativen Behandlungsmaßnahmen, kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen wie Verletzung von naheliegenden Strukturen, Blutergüssen oder Infektionen kommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige Ich, hiervon Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_