



Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Allgemeine Daten

Vorname _____ Nachname _____ Titel _____

Adresse: Straße _____ Postleitzahl/Ort _____

Geburtsdatum. _____ SV-Nr. _____

Versicherung _____ Zusatzversicherung _____

Handy-Nr. _____ E-Mail _____

Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Aktuelle Beschwerden

Schmerz: **Ja/Nein**

Lokalisation des Schmerzes _____

Der Schmerz ist stärker: **in Ruhe / in Bewegung**

Eigenanamnese

Unfälle _____ Wann? _____

Brüche, Gelenkprothese, Narben _____

Herzschrittmacher, Stent _____

Allergien _____ Worauf? _____

Blutdruck? hoch/niedrig _____

Schwere Erkrankungen (z.B.: Tumoren,-Lebererkrankungen) _____

Neurologische Grunderkrankungen _____ (Epilepsie: **ja/nein**)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **Ja/nein** _____

z.B.: blutverdünnende Medikamente? _____

Antidepressivum? _____

Opiate (Morphin)? _____

Diabetiker? **ja/nein**

COVID-Impfung? **Ja/nein**

Sind Sie Raucher? **ja/nein** Lungenerkrankungen _____ (**COPD?**) **ja/nein**

Bewegung/Sport. **ja/nein** Wie oft? _____

Hepatitis: **ja/nein**

HIV: **ja/nein**

Familienanamnese

Erbliche Krankheiten: **ja/nein** Welche? _____

Ich bestätige alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Ich bin verpflichtet eventuelle Änderungen in meinen Angaben mitzuteilen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____