

Patientenanamnesebogen

(bitte auf freiwilliger Basis gewissenhaft ausfüllen)

Krankenkasse: _____

Name _____ Geb. Datum: _____

Straße+Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel: _____ Handy: _____

Fax / e-mail: _____ / _____

Hausarzt _____ Überweisender Arzt _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Aus welchem Grund suchen Sie die Praxis auf?

Krank geschrieben seit? _____ von Wem? : _____

z.Zt Arbeitslos: seit _____

Schwerbehindertenstatus ____ GdB Minderung der Erwerbsfähigkeit MdE: ____%

Antrag auf Erwerbsunfähigkeit gestellt Antrag geplant REHA/KUR gewünscht

Körpergröße _____ Körpergewicht _____

Hatten Sie einen Unfall? \Rightarrow Privatunfall Arbeitsunfall

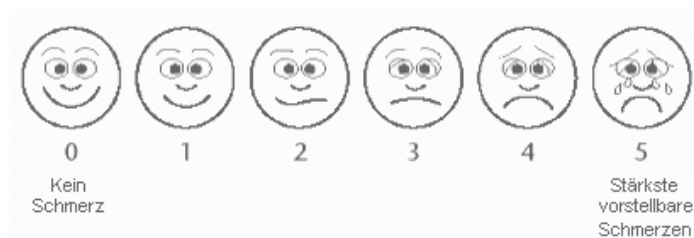
Stufen Sie die Schmerzintensität ein (bitte ankreuzen)

Seit wann bestehen die Schmerzen:

____ Tage

____ Monate

____ Jahre



Ernsthafte Vorerkrankungen:

Herz Lunge Leber Nieren Magen/Darm Hirn Diabetes Insulin

Allergie: _____ sonst.: _____

Blutverdünnung \Rightarrow ASS Marcumar _____

Vorbehandlung Nein Ja: Bei wem? _____

Sonstige Information die Sie für wichtig erachten:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe