

Für einen sicheren Behandlungsablauf möchten wir Sie bitten, diesen **Anamnesebogen** auszufüllen.
Die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben soll mögliche Komplikationen reduzieren und ermöglicht eine individuelle Behandlungsplanung.

Name, Vorname: _____

Gewicht: _____ (kg)

Geb. Datum: _____ / _____ / _____

Größe: _____ (cm)

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Versicherung: gesetzlich privat Zusatz, welche: _____**Grund der Vorstellung und aktuelle Beschwerden:****Bestehende Erkrankungen:**

Herz-Kreislaufkrankungen (hoher Blutdruck, Herzinfarkt)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie, vWS)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Atemwegserkrankungen (COPD, Asthma)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Osteoporose	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Gefäßkrankungen (pAVK, Thrombose)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Tumorerkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Neurologische Krankheiten (Epilepsie, Schlaganfall)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grüner / Grauer Star	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Defibrillator:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Magen-Darm-Krankheit (Morbus Crohn, Gastritis)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Psychische Erkrankungen (Depression, Borderline)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
		Immunerkrankungen (Rheuma, Psoriasis)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Andere Krankheiten: _____

Erfolgte Therapien:

Haben Sie oder nehmen Sie aktuell Medikamente / Infusionen für den Knochenstoffwechsel ein?
(z.B. Bisphosphonate bei Osteoporose oder Tumorerkrankung)

 nein ja

Wurden Sie im Kopf-Hals Bereich bestrahlt (Strahlentherapie)?

 nein ja**Fragen zu Ihrer Gesundheit:**Leiden Sie unter Allergien? nein ja, welche _____Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja, welche SSW _____Rauchen Sie? nein ja, wie viele Zigaretten / Tag _____Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja, wie viel am Tag _____Konsumieren Sie Drogen? nein ja, welche _____Besteht eine Betreuung für den Patienten? nein ja, Betreuer: _____

Ich versichere, dass ich meine Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

Homburg, den _____

Unterschrift _____