

Anamnesebogen – Osteoletic

Vorname: Name:

Straße & Hausnr.:

PLZ: Ort:

Geburtstag: Körpergröße: cm Gewicht: kg

Telefon: Mobil:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Hobbies: täglich pro Woche

Familienstand:

Notfallkontakt

Vorname: Name:

Beziehung: Mobil:

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

VAS: 0 = „kein Schmerz“ und 10 = „unerträglicher Schmerz“

1. seit: Auslöser: VAS:

2. seit: Auslöser: VAS:

3. seit: Auslöser: VAS:

Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |

Sonstige Erkrankungen (chronisch)

Ort, Datum

Unterschrift Kursteilnehmer