

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Erlerner Beruf: _____

zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Monat/Jahr: _____

z.Z. krankgeschrieben? JA / NEIN seit: _____

Rentenverfahren? _____

Röntgen/ MRT / CT (Jahr/Monat):

chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes): _____

Blutverdünnende Medikamente: _____

Schmerzmedikamente: _____

sonstige Medikamente: _____

TENS-Gerät vorhanden? JA / NEIN

Allergien: _____

Hausarzt: _____

Orthopäde: _____

Neurologie: _____

Neurochirurg: _____

Krankenhausbehandlung (Wann/Wo): _____

Rehabilitationsbehandlung (z.B. Kur, Wann/Wo): _____
