

Anamnesebogen – Therapiezentrum Wexelpunkt

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Die Einwilligung zum Formular „Anamnesebogen – Therapiezentrum Wexelpunkt“ ist in jedem Fall freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

	Ja	Nein
1. Leiden Sie aktuell unter Schmerzen? Wenn ja, welche:		
2. Haben sich die Schmerzen in den letzten zwei Wochen stark verändert?		
3. Laufen, Gehen oder Stehen Sie viel im Berufsleben? Wenn ja, Zutreffendes bitte einkreisen .		
4. Laufen, Gehen oder Stehen Sie viel Privat? Wenn ja, Zutreffendes bitte einkreisen .		
5. Nehmen sie regelmäßig Medikamente (z. B. blutverdünnende Medikamente) ein? Wenn ja welche:		
6. Sind Infektionskrankheiten bekannt, z. B. Hepatitis, HIV, AIDS		
7. Sind chronische Erkrankungen bekannt? (z. B. Rheuma, Diabetes, Autoimmunerkrankungen, etc.) Wenn ja welche:		
8. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Operation? Wenn ja welche:		
9. Sind schwerwiegende Herz-Kreislauf-Beschwerden bekannt?		
10. Haben sie einen Herzschrittmacher oder andere Gegenstände im Körper? Wenn ja welche:		
11. Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?		
12. Leiden sie unter Nachtschweiß?		
13. Haben sie in den letzten 3 Monaten ungewollt massiv abgenommen?		
14. Leiden Sie an: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Sprach- oder Schluckproblemen Wenn ja, Zutreffendes bitte einkreisen .		
15. Ist Osteoporose bekannt?		
16. Bestehen Wundheilungsstörungen?		
17. Sind Sie aktuell gegen Tetanus geimpft?		
18. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, auf welche Substanz		
19. Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr?		
20. Nehmen Sie Drogen?		
Sonstiges:		

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Rahmen der therapeutischen Dokumentation/Nutzung **der Anamnesebogen** mit personbezogenen Daten genutzt, verarbeitet und gespeichert wird.

Ort, Datum

Unterschrift