

Sehr geehrte/r Patient/in,

herzlich willkommen bei TriPhysio, ihrer Praxis für Osteopathie und Physiotherapie!

Im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis bitten wir Sie, den Anamnesebogen zu Ihrer und unserer Sicherheit vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind freiwillig. Mit der sorgfältigen Beantwortung aller Fragen tragen Sie jedoch zum Erfolg der Behandlung und zur Erhaltung Ihrer Gesundheit bei. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Kinder: ja  Anzahl: \_\_\_\_\_ nein

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Wann war die letzte Untersuchung/Behandlung? \_\_\_\_\_

Name Haus-/Facharzt: \_\_\_\_\_

Hatten/Haben Sie folgende Beschwerden/Befunde? Bitte ankreuzen, bzw. in der Erläuterung unterstreichen.

**JA NEIN**

- |                       |                       |                               |  |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erkrankungen des Herzens      | Herzfehler, Infarkt, Endokarditis, Gefäßleiden, Schrittmacher  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blut- und Kreislaufstörungen  | Gerinnungsstörungen, verstärkt blaue Flecken, Nachblutung nach OP, Blutdruckabweichungen, Thrombosen, Schlaganfall           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Internistische Erkrankungen   | Diabetes, Erkrankungen der Atemwege, Nieren, Leber, Schilddrüse, Magen-/Darmprobleme (z. B. Geschwür, Erbrechen, Sodbrennen) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionskrankheiten         | Herpes, Hepatitis, Tbc, HIV, Borrelien   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstiges                     | z. B. Unfall, Depressionen, Tumoren ggf. auch in der Familie   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie Medikamente?       | Welche? _____<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien/Unverträglichkeiten | Welche? _____<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sind Sie schwanger?           | Welche Woche? _____  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wurden Sie operiert?          | Wann und was wurde operiert? _____<br>_____  |

Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein MRT/CT/Röntgenbild gemacht? \_\_\_\_\_

Sind Sie im Besitz einer schriftlichen Auswertung dazu? \_\_\_\_\_

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und spätere Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_