



Anamnesebogen

Patienten/innen -Information:

Name: _____ Vorname: _____

w

m

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Tragen Sie Einlagen? _____ Beinlängendifferenz? _____

Ernährung?

Trinkverhalten?

Bitte schildern Sie uns Ihre Beschwerden.

Gab es Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Sind Ihnen Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt?

Zum Beispiel	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere		

Medikamente?

Welche Therapien hatten Sie bisher?

Was möchten Sie mit uns zusammen erreichen?

Wie fühlt sich Ihr Schmerz an?

Belastungsschmerz

Dauerschmerz

Ruhschmerz

Bewegungsschmerz

Schmerzlokalisierung:

Schmerzqualität:

stechend

ziehend

lokal

ausstrahlend

Schmerzstärke:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
leicht mittel stark/unerträglich

Bitte bringen Sie Folgendes zur Erstbehandlung mit!

- Handtuch

Herzlichen Dank
Ihr Praxis Team Casas Vital.

Casas Vital Team
Ammergastr. 51
26123 Oldenburg
Tel. 500 66 700