

Anamnese LnB-Patienten

1. Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Tel. Privat:	Mobil:
Beruf:	Krankenkasse:
Geb. Datum:	E-Mail:

2. Gesundheitsfragen	
2.1. Allgemein	
Letzter Arztbesuch	Warum?
Ärztl/Physiotherap.Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
wenn ja, Name Arzt/Physio.:
Einnahme von Medikamenten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche:

2.2. Bewegungsapparat	
Gelenkprobleme/Bänder/Sehnen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche:
Rücken-/WS-Probleme:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche:
Spezielles (Operationen):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche:
Sonstiges:

2.3. Herz-Kreislauf	
Herzprobleme:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	wann:
	welche:
Blutdruck:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> tief
Diabetiker:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Atemerkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwanger:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenprobleme?
Hormonhaushalt ? Probleme?
Darmerkrankung?

