

Anamnese- und Erstaufnahmebogen

Bitte vor Ihrem ersten Termin ausfüllen und mitbringen. Vielen Dank!

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Versicherung

☐ Gesetzlich (GKV) ☐ Privat ☐ Selbstzahler

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Überweisende:r Ärztin/Arzt: _____

Diagnose / Verordnung: _____

Ihre Beschwerden

Wo haben Sie Beschwerden? _____

Seit wann? _____ Schmerz (0 = keine, 10 = stark): _____

Beschwerden bei: ☐ Ruhe ☐ Bewegung ☐ Belastung ☐ nachts

Gesundheit & Vorgeschichte

Vorerkrankungen / Operationen: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Schwanger: ☐ nein ☐ ja, Woche: _____ Herzschrittmacher: ☐ nein ☐ ja

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____