

Anamnesebogen/Therapieziel

NAME: Divers

ANSCHIFT:

1. Soziale Anamnese:

Familienstand:

Kinder: ☐ nein ☐ ja

Anzahl:

Alter:

Wohnsituation/
Fahrstuhl:

2. Berufsanamnese: (nur deutsche Rentenversicherungs-Patienten)

Schulabschluss:

erlernter Beruf:

letzte Tätigkeit:

arbeitsunfähig:

☐ nein

☐ ja

seit:

Erwerbsunfähigkeitsrente: ☐ nein

☐ ja, eventuell befristet bis:

3. Krankheitsanamnese:

aktuelle Erkrankungen/OP:

weitere Erkrankungen/
Operationen:

4. Medikamente

Schmerzmittel

☐ nein

☐ ja, welche

Antibiotika	☐ nein	☐ ja, welche	
Anitiepileptika	☐ nein	☐ ja, welche	
Antidepressiva	☐ nein	☐ ja, welche	
Blutdruckmittel	☐ nein	☐ ja, welche	
Antidiabetika	☐ nein	☐ ja, welche	
Antiarrhythmika	☐ nein	☐ ja, welche	
Chemotherapeutika	☐ nein	☐ ja, welche	
Asthmamittel	☐ nein	☐ ja, welche	
Allergiemittel	☐ nein	☐ ja, welche	
Kortison	☐ nein	☐ ja, welche	

Ihre Therapieziele!?

Unterschrift:

`SovdSignatur`