

Anamnesebogen und Haftungsausschluss

Vor- & Nachname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Beruf:	
Diagnosen:	
Befunde:	

B-Symptomatik

	trifft zu	trifft nicht zu
Haben Sie Fieber?		
Haben Sie Nachtschweiß?		
Haben Sie ungewollten Gewichtsverlust?		
Haben Sie Nachtschmerzen?		
Haben Sie akute Entzündungen?		

Beschwerden

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?	
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?	

Lösen bei Ihnen Husten-Niesen-Pressen schmerzen aus? ja nein

Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein

Haben Sie Schwindel? ja nein

Haben Sie noch andere Beschwerden?	
------------------------------------	--

Vorerkrankungen

	JA	NEIN	Wenn JA, seit wann/welche
Thrombosen			
Bluthochdruck			
Gefäßerkrankungen			
Herzkrankheiten			
Magenerkrankungen			
Lungenerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Krebs			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung			
Osteoporose			
Bandscheibenvorfall			
Psychische Erkrankungen			
Transplantationen			
Sonnenbrand (nur wenn es aktuell ist)			
Frische Verletzungen - weniger als 6 Monate (Knochen/Muskeln/Bänder/Sehnen)			
Chronische Entzündungen			
Herz-Rhythmus-Störungen			
Einnahme von Gerinnungshemmern			
sonstige Hautveränderungen			
Funktionsstörung der Schilddrüse			
Asthma bronchiale			

Sonstige Angaben

--

Operationen

ja nein

Wenn ja, wann & was: _____

Vegetative Anamnese

	vermehrt	vermindert	normal
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Schwitzen			

Medikamente

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Allergien

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Ich wurde vollständig informiert und über den Zweck der Behandlung aufgeklärt und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und ausreichende Antworten zu erhalten. Ich übernehme alle möglichen Risiken, einschließlich aller Schäden, die mit der Behandlung verbunden sein können. Ich verstehe ebenfalls, dass es keine absoluten Garantien bezüglich der Genesung von meiner Behandlung gibt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich freiwillig mein Einverständnis mit der Behandlung

Schleswig,
Ort, Datum

Unterschrift