

Anamnesebogen



Dr. Robert Luckner | Dr. Rainer Lüttmann

Neurochirurgische
Gemeinschaftspraxis

Name/Vorname: _____ geb.: _____

Telefon/Handy: _____ Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

Physiotherapie - wann zuletzt: _____ wie häufig: _____

Arbeitsunfähigkeit: Nein | Ja | erster Tag der AU _____

Vorerkrankungen

welche?

Wirbelsäule

Bluthochdruck

Diabetes

Herzkrankheiten

Magenerkrankungen

Tumorerkrankungen

Nierenerkrankungen

Hautkrankheiten

Fettstoffwechselstörungen

Arthrose

Rheuma

Osteoporose

Tuberkulose

HIV

Leberentzündungen

Asthma, Lungenerkrankung

Psychische Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Epilepsie

Sonstige

Allergien

welche?

Penicillin oder andere Antibiotika

Kontrastmittel

Jod

Pflaster

Schmerzmedikamente

Lebensmittel

Sonstige

Anamnesebogen



Dr. Robert Luckner | Dr. Rainer Lüttmann

Neurochirurgische
Gemeinschaftspraxis

Operationen

Datum / welche?

Wirbelsäule

Magen/Darm

Herz

Knie/Hüfte

Blase/Niere/Prostata

Schilddrüse

Sonstige

Untersuchungen

Datum?

Röntgen

MRT

CT

Injektionen

Datum?

Facettenblockaden

PRT

Medikamente

Name?

Herzerkrankungen

Diabetes

Schilddrüsenerkrankungen

Bluthochdruck

Psychische Erkrankungen

Schmerzmedikamente

Marcumar oder andere Blutverdünner

ASS

Sonstige

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen möglich)

Empfehlung durch Arzt

Empfehlung durch Bekannte / Familie

Zeitungsartikel

Google / Internetsuche

Social Media

Telefonbuch / Telefonbuch-App

Sonstige (bitte benennen):

Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar bzw. händigen wir Ihnen vor der Behandlung aus.

Datum, Ort

Unterschrift Patientin/Patient