



ANAMNESE FRAGEBOGEN

NAME		VORNAME	
STRASSE		PLZ, ORT	
TELEFON		E-MAIL	
GEBURTSTAG		BERUF	
HAUSARZT		KRANKENKASSEN	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

BEHANDLUNGSTERMIN

BEHANDLUNGSGRUND / HAUPTBESCHWERDEN

WO UND WAS SCHMERZT?

WANN TRATEN DIE SCHMERZEN ZUM ERSTEN MAL AUF?

WIE STARK SIND DIE SCHMERZEN? (SKALA 1-10)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WIE FÜHLT SICH DER SCHMERZ AN?

WERDEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

☐ Ja ☐ Nein

WURDEN DIE BESCHWERDEN BEREITS BEHANDELT?

☐ Ja ☐ Nein

HABEN SIE ALLERGIEN ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN?

☐ Ja ☐ Nein

WAS ERWÜNSCHEN SIE SICH VON DER HEUTIGEN BEHANDLUNG?



WIE FÜHLEN SIE SICH JETZT NACH DER BEHANDLUNG?

WAS HAT IHNEN GUT GEFALLEN?

WAS WENIGER?

GAB ES ETWAS, DASS NICHT ANGENEHM WAR?

SONSTIGES



