

Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie Butzbach

Schlossplatz 4, 35510 Butzbach

Anamnesebogen

Bitte vollständig ausfüllen!

Nachname/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Telefonnummer: **Privat:** _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitsunfähigkeit: Nein Ja, seit _____

Erwerbsminderungsrente: Nein Ja, seit _____

Grad der Behinderung (GdB): Nein Ja, _____

Allergien: Nein Ja, welche: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Hausarzt: Name _____

Anschrift _____

Vorerkrankungen:

Koronare Herzkrankheit Bluthochdruck Herzrhythmusstörungen

COPD Asthma Niereninsuffizienz

peripheren arteriellen Verschlusskrankheit Diabetes mellitus Tumorerkrankungen

Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion Magen-/Darmerkrankung

Lungenerkrankung Multiple Sklerose Zustand nach Schlaganfall

Neurologische Erkrankung: welche? _____

weitere Erkrankungen: welche? _____

Voroperationen:

Bitte Rückseite beachten →

Bildgebende Verfahren:

	MRT, CT, Röntgen	Name und Ort der Praxis/Klinik
1.		
2.		

Aktuelle Medikamente:

Name des Medikamentes	mg	morgens	mittags	abends

Voruntersuchungen:

	Fachrichtung	Name des Arztes	Ort der Praxis/Klinik
1.			
2.			
3.			

Aktuelle Beschwerden:

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten