

Name

Vorname

Geb.-Datum

Hausarzt

Beruf

Beschwerden

Nehmen Sie Medikamente ein? Vitamine/Mineralien? Welche?

Bisher erfolgte Therapien und deren Wirkung?

Wurden Sie operiert? Wenn ja, weshalb und wann?

Haben Sie Kinder? (Wie alt?) / Trinken Sie genug Flüssigkeit? Was? Wieviel?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Schlafprobleme?: Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit dem Herz: Ja \_\_\_ Nein \_\_\_ Blutdruck: Ja \_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?: Ja \_\_\_ Nein \_\_\_ Osteoporose?: Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Zusätzliche Krankheiten?:

Ärztliche Befunde:

Mein Befund:

Allgemeiner Status

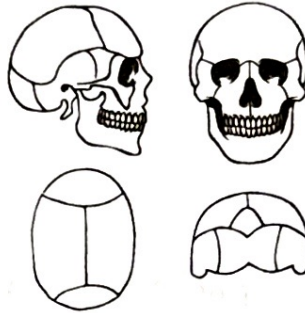
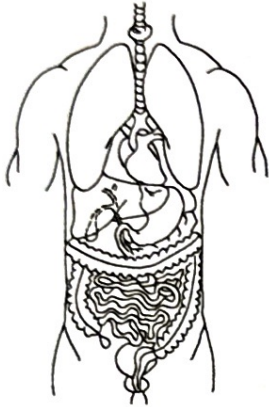
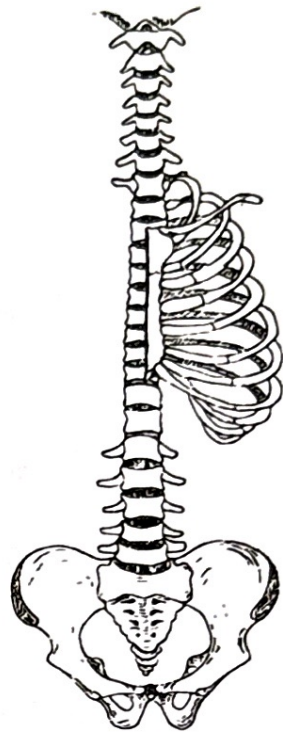
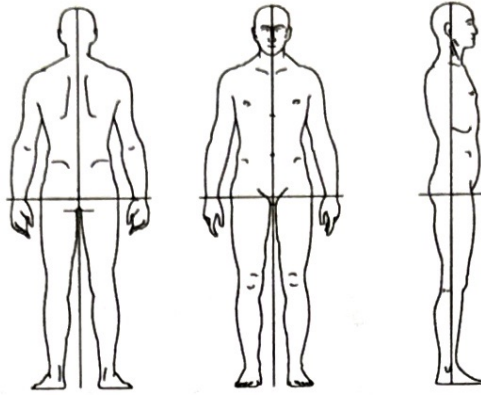
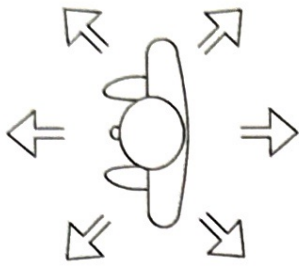
Name, Vorname

geb. am

Diagnose:

Befunddatum:

HDZ



**Legende:**

OP/Trauma \*  
 Blockierung •  
 Ödem //

Widerstand +  
 Narbe #  
 Sensibilitätsstörung ≈

Kontraktur x  
 Hypertonus ↑  
 Atrophie -

Schmerz ↗  
 Hypotonus ↓

**Anamnese/Befund:**

Handwritten notes in the anamnesis section:

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

10. ...

11. ...

12. ...

13. ...

14. ...

15. ...

16. ...

17. ...

18. ...

19. ...

20. ...