

LEBENSRAUM

PRAXIS FÜR PHYSIKALISCHE UND ALTERNATIVE THERAPIE BERIT DURING
PHYSIOTHERAPEUTIN/HEILPRAKTIKERIN
LEIPZIGER STR. 46 - 03048 COTTBUS TELEFON 0355/71 19 10
WWW.LEBENSRAUMCOTTBUS.DE

Anamnesebogen Krampfaderverödung nach Prof. Linser

Datum:

Tel.:

Name, Vorname:

Geb.:

Größe: Gewicht:

Beruf:

Sport:

Nehmen Sie Gerinnungshemmer?

Ja Nein

Wenn ja Welche?

Sind Sie Diabetiker?

Ja Nein

Wenn ja, Seit wann und mit welcher Medikation eingestellt?

Wurden Allergien / Unverträglichkeiten bei Ihnen beobachtet?

Ja Nein

Wenn ja welche?

Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung oder zu Hautverfärbungen?

Ja Nein

Kam es schon einmal zur Bildung oder Verschleppung von Blutgerinnseln oder besteht bei Ihnen ein erhöhtes Risiko dafür?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wobei?

Leiden Sie an Erkrankungen der Nieren, des Herzens oder der Leber ?

Ja Nein

Wenn ja Welche?

Sind Ihre Beine schon voroperiert oder anderweitig behandelt?

Ja Nein

Wenn ja mit welcher Methode und wann?

Haben Sie Erkrankungen des Lymphsystem oder sind bei Ihnen Lymphknoten entfernt worden?

O Ja O Nein

Nehmen Sie Hormonhaltige Therapeutika? z.B. die Pille, Hormonspirale

O Ja O Nein

Wenn ja Welche?:

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel ein?

O Ja O Nein

Wenn ja, welche inkl. Name, Hersteller, Dosierung:

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Haben Sie künstlichen Gelenkersatz?

O Ja O Nein

Wenn ja wo?:

Bitte beachten Sie, wenn Sie einmal einen vereinbarten Termin absagen müssen, dass Sie diesen Termin mindestens 2 Werktage vorher absagen müssen. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar an, in Höhe des vereinbarten Honorars. Mit dem Ausfüllen und Zusenden dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden.

Bitte senden Sie mir diesen Anamnesebogen mindestens 5 Tage vor dem vereinbarten Termin zu, entweder als Email oder per Post.