

ANAMNESEBOGEN



Institut IN MEDIO – Verein zur Gesundheitspflege, zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung und Fürsorge

Vor-und Zuname:

Geburtstag:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Keine Durchführung bei nachfolgenden Kontraindikationen:

- | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schwangerschaft |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frischer Herzinfarkt (1 Jahr) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Akute Thrombosen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entzündliches Ödem |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Akuter Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stillzeit |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krebspatient | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | OP im letzten Jahr
<i>an den zu behandelnden Stellen</i> |

Die hier angeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift:

Allgemeine Fragen

Ich nehme regelmäßig Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lipödem: diagnostiziert vermutlich

Trinkgewohnheiten:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Säfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tägl. Trinkmenge in Liter _____

