

## Herzlich Willkommen bei HUMANE0.

Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir Informationen zu Ihnen als Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erklären sich damit einverstanden, dass wir mit Ihnen über die von Ihnen angegebenen Telefonnummern und E-Mail-Adressen in Kontakt treten dürfen. Des Weiteren erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir mit Ihren behandelnden Ärzten in Kontakt treten dürfen, um behandlungsrelevante Fragen zu klären.

Ihre Daten werden von uns auch nach Behandlungsabschluss nach den Vorgaben des Gesetzgebers bei uns gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Ihr Humaneo Team

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_  
**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_  
**Tel. privat:** \_\_\_\_\_ **Tel. geschäftl.:** \_\_\_\_\_  
**mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

- Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass Sie mich per WhatsApp/Telegram/Signal kontaktieren.
- Ich möchte nicht per WhatsApp/Telegram/Signal kontaktiert werden.

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Versicherung:** \_\_\_\_\_  
**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bad Homburg, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anamnesebogen

Liebe\*r Patient\*in,  
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie den Anamnesebogen möglichst genau aus.  
Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

### Allgemeines (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- |  |                             |                               |                 |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| allgemeines Unwohlsein?                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Müdigkeit?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| akute Infekte?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Fieber?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Schwindel?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Kopfschmerzen?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| bewegungsunabhängige Schmerzen?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Nachtschmerz?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| ungewollter Gewichtsverlust?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Schwangerschaft?                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                 |
| Allergien? (die Therapie betreffend: gegen Creme etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____   |
| Rauchen Sie?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wie viel? _____ |
| frühere Erkrankungen/OPs?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____   |
| künstliche Gelenke?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____   |
| Infektionskrankheiten?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____   |

Gibt es akute oder chronische Nebenerkrankungen (z. B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen etc.)?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell Medikamente ein? (Wenn ja – in welcher Dosierung? Therapiebetreffend: Aspirin, Marcumar etc.)

ja  nein

regelmäßig: \_\_\_\_\_

aktuell: \_\_\_\_\_

Bestehen von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen, die berücksichtigt werden müssen?

ja  nein Wenn ja, welche? (z. B. nur Teilbelastung möglich, Einschränkung der Beweglichkeit)

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gibt es ein auslösendes Ereignis (Unfall/Sturz etc.), welches die Beschwerden ausgelöst hat?

Wann treten diese Beschwerden auf bzw. durch was können diese ausgelöst/verstärkt werden?

---

---

Schmerzskala: (1 = kein Schmerz, 10 = schlimmster Schmerz)  
in Bewegung / bei bestimmter Bewegung / Dauerschmerz

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

in Ruhe

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Was lindert die Beschwerden?

---

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?

Röntgen       CT       MRT       Ultraschall       Blutbild       keine

sonstige: \_\_\_\_\_

Sollten Sie Arztberichte oder Nachbehandlungspläne von Ihrem Arzt erhalten haben, bitten wir Sie, uns diese zukommen zu lassen.

bisherige Behandlungsansätze/Therapien?

---

sportliche Aktivität

\_\_\_\_\_ x pro Woche      \_\_\_\_\_ x pro Woche

\_\_\_\_\_ x pro Woche      \_\_\_\_\_ x pro Woche

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für diese Therapie?

---

---

Gibt es weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten? Haben Sie Fragen?

---

Bad Homburg, Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank für die Beantwortung des Anamnesebogens. Dieser hilft uns, einen individuell angepassten Therapieplan für Sie zu erstellen. Ihr **Humaneo** Team