

Anamnese



Familienname:

Vorname:

Alter: Größe (cm): Gewicht (kg):

PLZ / Ort:

Strasse / Nr:

email: Tel.:

8230 Hartberg
Ferdinand-Leihs-Straße 57
tel: +43 3332 61166 • fax-dw: 320
hartberg@apt-gruppe.at
www.physio-hartberg.at

Für eine Behandlung im Haus sind folgende Punkte ausnahmslos auszufüllen!

For a treatment, you are supposed the declare!

Ich bin ein SARS CoV - (Covid) Risikopatient

I am a covid risk patient

nein

ja, wegen _____

Ich bin in regelmäßiger ärztlicher Behandlung

I am in regular medical care

nein

ja, von bis _____

Ich habe/hatte folgende Infektionskrankheiten

I have/had the following infectious diseases

nein

ja HIV

nein

ja TBC

nein

ja Hepatitis A/B/C

Andere/Other: _____

nein

ja Masern

nein

ja Scabies

nein

ja Covid-19

Frühere oder jetzige Erkrankungen / Erlier or present illnesses

- **Herz** nein ja, welche _____
Heart
- **Kreislauf** nein ja, welche _____
Circulation
- **Lungen** nein ja, welche _____
Lungs
- **Stoffwechsel** (Diabetes,...) nein ja, welche _____
Metabolism
- **Krebserkrankungen** nein ja, welche _____
Cancers
- **Blut** (Anämie, Bluter...) nein ja, welche _____
Blood (anemia, bleeding...)

**Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage
in einem Krankenhaus?**

nein

ja, wegen _____

Have you been in a hospital in the last 14 days?

Aktuell/früher ausgeübter Beruf oder Tätigkeit

Current/formerly practiced or activity?

Ich habe folgende Freizeitaktivitäten

I have the following hobbies

**Ich war schon in physikalischer Behandlung
(in den letzten 3 Jahren)**

nein

ja, wegen _____

I was already in physical treatment (last 3 years)

Ich rauche

nein

ja, _____ Zigaretten/Tag

I smoke

Ich trinke Alkohol

nein

gelegentlich

regelmäßig

I drink alcohol

Ich nehme regelmäßig Medikamente

nein

ja

Blutverdünnung

I take medication regularly

nein

ja

Blutdruck

nein

ja

Herz-Kreislauf

Welche/which:

nein

ja

Psyche

nein

ja

andere:

Ich bin allergisch

nein

ja

Latex / Tape / Pflaster

I am allergic

nein

ja

Öl / Lotion

nein

ja

Tierhaare

Andere / others:

nein

ja

Medikamente:

nein

ja

Pollen:

Ich hatte schwere Verletzungen/Unfälle

nein

ja, welche _____

I had serious injuries/accidents

Ich hatte Operationen

nein

ja, welche _____

I had operations

Wann: _____

Ich bin Träger metallischer Implantate

nein

ja, welche _____

I am a carrier of metallic implants

Frühere oder jetzige Erkrankungen / Earlier or present illnesses

- **Verdauungstrakt** nein ja, welche_____
Digestive tract
- **Gefäßerkrankungen** nein ja, welche_____
Vascular
- **Leber** nein ja, welche_____
Liver
- **Knochen, Gelenke, Muskeln** nein ja, welche_____
Bones, joints, muscles
- **Nieren und Genitalorgane** nein ja, welche_____
Kidneys and genital organs
- **Haut** (Ausschläge, Ekzeme...) nein ja, welche_____
Skin (rashes, eczema...)
- **Nerven u. Gemütsleiden** nein ja, welche_____
Nerves and mood disorders
- **Andere** / Others nein ja, welche_____

Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht, die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, abrufbar unter:
<https://www.apt-gruppe.at/agbs/> und bestätige diese gelesen und verstanden zu haben.

Datum:

Unterschrift: