

# Anamnese



Familienname:

Vorname:

Alter:                      Größe (cm):                      Gewicht (kg):

PLZ / Ort:

Strasse / Nr:

email:    Tel.:

8010 Graz • Rechbauerstrasse 3

tel: +43 316 3636 • fax-dw: 420

stadtpark@apt-gruppe.at

www.physio-graz.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

nein

ja      Masern

nein

ja      Scabies

nein

ja      Covid-19

Andere/Other: \_\_\_\_\_

### 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*

