

## Anamnesebogen

Patientenaufkleber

1. Wo haben Sie aktuell Beschwerden/Schmerzen?

---

2. Auf welcher Seite sind die Beschwerden? (Bitte unterstreichen)

links                  rechts

3. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

---

4. Strahlen die Beschwerden aus (Schmerzausstrahlung wohin)?

---

---

5. Wann treten die Beschwerden auf? (Bitte unterstreichen)

Morgens                  mittags                  abends                  in Ruhe/ bei Belastung

6. Bestehen bei Ihnen ...

- Vorerkrankungen, wenn ja welche?

---

- Voroperationen, wenn ja welche und wo wurde operiert (Krankenhaus/ Praxis)?

---

## Anamnesebogen

7. Hatten sie einen Unfall, welcher in Verbindung mit der Untersuchung steht, wenn ja, wann?

---

8. Wurden Voruntersuchungen bei Ihnen durchgeführt? (Bitte unterstreichen)

Röntgen    Ultraschall    Computertomographie    Kernspintomographie

Wenn ja, wann, wo wurde diese Untersuchung gemacht (Praxis/ Klinik)?

---

Welche Körperregion wurde dabei untersucht?

---

9. Tragen Sie ein cgm (continuous glucose monitoring, kontinuierlich messende Glukosesensoren)?            ja            nein

Vielen Dank für Ihre Angaben.            Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### ZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN Rheinland, Partnergesellschaft

Standorte:  Dormagen im KKH     Grevenbroich im KKH St. Elisabeth     Neuss am Lukas KK

### ZRN MVZ GmbH - MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN

Standorte:  Neuss am Neumarkt     Neuss am Johanna-Etienne-KH

[www.zrn-info.de](http://www.zrn-info.de)