

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Adresa trvalého bydliště:	
Telefon:	Pojišťovna:

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

onemocnění otce:
onemocnění matky:
onemocnění sourozenců:

Osobní anamnéza:

Úrazy:	(mikrotraumata, pády, výrony,...)
Operace:	(rok)
Závažná onemocnění:	(rok, léčba...)
Léky:	
Alergie:	
Povolání:	
Pravák / levák	
Sport:	
Záliby:	
Bolesti pohybového aparátu dlouhodobé:	
Jaké obtíže Vás přivádějí:	
Předchozí rehabilitace:	(kdy, počet terapií, důvod)

Datum vyplnění:

Podpis: