

## Persönliche Patientenangaben Anamnesebogen

Dies ist Ihr erster Besuch in unserer Praxis oder Ihre letzte Vorstellung liegt schon längere Zeit zurück. Bitte beantworten Sie die folgenden Angaben vollständig und gewissenhaft. Herzlichen Dank!

### Persönliche Daten

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

ggf. Erziehungsberechtigter:

Straße:

PLZ/ Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Email:

Versicherung:

ggf. Hauptversicherte Person/ Rechnungsempfänger:

ggf. Stationär zusatzversichert:

Anschrift Rechnungsempfänger /Straße, Hausnr.:

**Hausarzt, Ort:**

Anschrift Rechnungsempfänger /PLZ, Wohnort.:

**Überweisender Arzt/ Fachrichtung:**

### Aktuelle Anamnese/ Bewegungsapparat

nein  ja

Stehen Ihre jetzigen Beschwerden in Zusammenhang mit einem Unfallereignis?

Wenn ja, handelte es um einen Arbeits-, Schul- oder Wegeunfall? ja  nein

Wurden Sie schon einmal am Bewegungsapparat operiert?

ja  nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

**bitte wenden!**

## Allgemeine Krankheitsgeschichte/ Anamnese

nein	ja		Größe _____	Gewicht _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt .....	wann? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall.....	wann? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose.....	wann? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie.....	wann? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit		insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung.....	was? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung.....	was? _____	dialysepflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie/ Medikamentenunverträglichkeit.....	was? _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallallergie/ Nickelallergie		

Bitte notieren Sie hier Ihre regelmäßig eingenommen Medikamente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ihre hier gemachten Angaben werden gemäß Datenschutzrichtlinien vertraulich behandelt und digital in Ihrer Patientenakte hinterlegt, um eine bestmögliche und sichere Behandlung sicherzustellen. Sie geben außerdem Ihr Einverständnis in die Befunderstellung und -übermittlung an den oben genannten Hausarzt/ den überweisenden Arzt.

Datum:

Unterschrift: