

Liebe Patientin, lieber Patient,

hier finden Sie unseren Anamnesebogen.

Bitte drucken Sie diesen, wenn möglich, zu Hause aus und bringen Sie ihn ausgefüllt mit in die Praxis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Sprechstunde

- **Download: Anamnesebogen
Praxis Stefan Arndt**

ORTHOPAEDIE LINGERICH
Praxis Stefan Arndt
Facharzt für Orthopaedie

Sie sind unsere Patientin, unser Patient.

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der strengen Schweigepflicht.

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anamnese: Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon (Privat) _____ Telefon (Beruf) _____

Telefon (Mobil) _____

Wohnort _____ Beruf _____

Erlauben wir Ihnen die besonderen Dienste unserer **Orthopaedie-Praxis** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorbeuge sowie gezielten Physiotherapien auszuüben?

☐ ja / ☐ nein ☐ falls _____

Krankheit zu unserer Praxis: **Begleitung durch:**

☐ Arzt ☐ Bekannter ☐ Selbstbesuch ☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisrat ☐ Sonstiges _____

Wachsen Sie? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Probleme bei Sport? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Größe _____ Gewicht _____

Sind Sie Schwanger? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Orthopaedische Operationen? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja / ☐ nein

Welche? _____

Wollen Sie Allergien? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche: _____

Wollen oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

☐ Bluthochdruck ☐ Rheuma ☐ Schlaganfall ☐ Erkrankungen des Nervensystems

☐ Lebererkrankung ☐ Nierenfunktionsstörung ☐ Asthma ☐ GICHS ☐ Diabetes, Typ 1 ☐ Typ 2 ☐

☐ Herz-Kreisl.- ☐ Infektion ☐ HIV ☐ Bandscheibenerkrankung, Wb? _____

☐ Blasen- ☐ Prost.- ☐ Schilddr.- ☐ Darmerkrankung ☐ Sonstiges _____

☐ Vorbestehende Erkrankungen, welche? _____

Unterschrift _____