

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 LENGERICH
Praxis Stefan Arndt
Facharzt für Orthopaedie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehrlich 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 die Fragezeichen. Bitte beschriften Sie die Vorder- und Rückseite Ihrer Angaben mit Ihren Vornamen und dem Ende des Geburtsjahres. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anrede: _____ Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____
Tel. (Privat) _____ Tel. (Beruf) _____
Hausart: _____ Beruf: _____

Sind Sie einer der folgenden Sondersonderheiten (SS) oder Patientenbedürfnisse (PB) mit medizinischer oder sozialer Erkrankung zur Gesundheit und Versorgung sowie anderer Prävalenzfaktoren ausgesetzt?

SS / PB: _____

Krankheit zu unserer Praxis - Empfehlung durch:
 Arzt Bekannter Bekannter Zeitung Internet Personalrat Sonstige

Rauchen Sie? ja nein. Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Trinken Sie Spirit? ja nein. Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Größe: _____ Gewicht: _____

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

Orthopädische Operationen? ja nein. Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wann? _____

Haben Sie Allergien? ja nein. Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Intoleranzen?
 Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Erkrankungen des Nervensystems
 Lebererkrankung Nierenfunktionsstörung Asthma COPD Diabetes, Typ 1 Typ 2
 Herzkrankheit Hypertonie HIV Rheumatoide Arthritis, RA? _____
 Skoliose HIV Diabetes Diabetes Sonstige: _____
 Übertragene Infektionen, welche? _____

Unterschrift: _____ Unterschrift: _____