

Anamnesebogen

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 Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite des Dokuments.

1. Name, Vorname _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Straße, PLZ/Ort: _____
4. Telefon/Handynummer: _____
5. Ausgeübter Beruf: _____
6. Körpergröße/Gewicht: _____
7. Krankenversicherung: _____
8. Name vom Hausarzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **Wenn Ja, welche und wie häufig?**

Medikament:	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

Nehmen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar, Plavix oder ähnliches)	Ja		Welche? _____	Nein	
--	----	--	------------------	------	--

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Hepatitis, HIV	Ja			Nein	
Krebserkrankung	Ja		Wann/Wo	Nein	
Schlaganfall	Ja		Wann? _____	Nein	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja			Nein	
Glaukom (Grüner Star)	Ja			Nein	
Asthma/COPD	Ja			Nein	
Embolie/Thrombose	Ja		Wann? _____	Nein	
Herzinfarkt	Ja		Wann? _____	Nein	
Bluthochdruck	Ja			Nein	
Osteoporose	Ja			Nein	
Rheuma	Ja			Nein	
Borreliose	Ja		Wann? _____	Nein	
Sonstiges	Ja		Welche? _____	Nein	

Weitere Fragen auf der R Ü C K S E I T E !!!

Weitere für uns wichtige Angaben:

Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten geröntgt oder gibt es anderweitig orthopädische Vorbefunde (CT, MRT oder ähnliches)?	Ja		Wann? _____ Wo? _____	Nein	
Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ständiger ärztlicher Behandlung?	Ja		Welcher? _____	Nein	
Bestehen Medikamenten-Allergien?	Ja		Auf was? _____	Nein	
Besteht eine Unverträglichkeit auf Kortison?	Ja			Nein	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja		Seit wann? _____	Nein	
Haben Sie einen Defibrillator?	Ja		Seit wann? _____	Nein	
Hatten Sie in den letzten Jahren Operationen?	Ja		Welche? _____ Wann? _____	Nein	
Hatten Sie in den letzten Jahren Bestrahlungen?	Ja		Wann? _____	Nein	
Hatten Sie in den letzten Jahren Chemotherapie?	Ja		Wann? _____	Nein	
Haben sie künstliche Gelenke/Gelenkersatz?	Ja		Wo? _____	Nein	
Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung?	Ja			Nein	
Gibt es sonst wichtige medizinische Informationen, die Sie der Praxis mitteilen möchten?	Ja		Was? _____	Nein	
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	Ja		Welche SSW? ____	Nein	
Für Frauen: Stillen Sie?	Ja			Nein	

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns diesen spätestens 48 Stunden davor abzusagen. Nur dann ist es möglich, diesen Termin mit einem anderen Patienten zu belegen.

Ab 01. April 2026 sehen wir uns gezwungen, die für Sie vorgesehene Zeit Ihnen bei nicht fristgerechten Absagen, für die versäumte Zeit mit einem Ausfallhonorar in Höhe von € 50,00 gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Wir bitten um Ihr Verständnis!

Datum

Unterschrift