



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in Ihrer Orthopädischen Privatpraxis für Bewegung und Lebensfreude.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Brief erbeten: Ja, an mich / an Arzt/Ärztin **Nein**

Name/Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Größe in cm

Gewicht in kg

Hauptversicherter: _____ Versicherung: _____ privat Ja Nein Beihilfe: Ja Nein

Hausarzt (Name, Adresse) *Freiwillige Angabe - sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT:

Aktuelle Beschwerden _____

Gab es einen Auslöser für die Beschwerden: _____

Welches sind Ihre Behandlungsziele? _____

Bisher erfolgte Therapie: _____

Erfolgte Diagnostik: Röntgen Ja Nein MRT/CT Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart (-en): _____ mit _____ Stunden pro Woche

Hatten Sie orthopädische Operationen: Ja Nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente/Latex? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger: Ja Nein wenn ja, im wievielten Monat: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Arthrose

BITTE WENDEN

- Bandscheibenvorfall Lebererkrankung Nierenerkrankung Diabetes
 Asthma/COPD Krebserkrankung Osteoporose Rheuma
 Sonstiges, z.B. Unfall: _____

Traten in Ihrer unmittelbaren Verwandtschaft Erkrankungen gehäuft auf? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente (Blutgerinnung, Verhütungsmittel z.B. Pille)? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Bestehen Kieferprobleme? Nein Beißschiene Knirsch-Schiene Implantat Leerstelle

ANGABEN ZU IHRER MOTIVATION

Wie wichtig sind Ihnen folgende Kriterien im Leben auf einer Skala von 1 bis 10 (1 unwichtig, 10 sehr wichtig)

Eigene Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Berufliche Anerkennung und Erfolge	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familie und privates Glück	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewegung und Lebensfreude	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Möchten Sie Ihr Leben mit der bestmöglichen Gesundheit und Lebensfreude leben? Ja Nein

Was ist Ihnen im Leben am wichtigsten: _____

KONTAKT ZU UNSERER PRAXIS | EMPFEHLUNG DURCH:

*freiwillige Angabe, hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

- Arzt _____ Homepage Google Jameda Instagram
 Youtube Zeitschrift Familie/Freunde _____ Sonstiges _____

ABRECHNUNG

Die Abrechnung unserer Leistungen erfolgt grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Leistungen werden mit dem Anspruch, Sie bestmöglich zu behandeln, gewählt. Kosten für gewünschte und durchgeführte Leistungen, die von der Versicherung nicht oder nur teilweise übernommen werden, trägt der Versicherte. Dies gilt für privat und gesetzlich Versicherte.

Ort, Datum

Unterschrift