

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Für eine erfolgreiche Behandlung durch den Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte, etwaige Allergien oder Medikamenten-unverträglichkeiten sehr wichtig. Falls Sie über Vorbefunde und alte Röntgen-/MRT-/ oder CT-Untersuchungen verfügen, bringen Sie diese bitte unbedingt mit den dazugehörigen Befundberichten zu der Untersuchung mit und geben Sie diese bei der Anmeldung am Tresen zur weiteren Bearbeitung ab. Selbstverständlich bekommen Sie alle abgegebenen Befunde etc. wieder mit nach Hause.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sprechen Sie uns bitte an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Hausarzt (HzV-Vertrag/Hausarztmodell ja nein)

Angaben zur/zum Erziehungsberechtigten bei Kindern unter 18 Jahren:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Fragen zum heutigen Besuch

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute in unsere Praxis? Seit wann bestehen die Beschwerden? Unfall/kein Unfall? Bitte Unfallhergang schildern.

Gibt es Voruntersuchungen, wie z.B. MRT- oder Röntgenuntersuchungen?

Nein Ja, folgende: _____

Haben Sie in letzter Zeit Physiotherapie oder Massagen verordnet bekommen? Wenn ja, wie viele Rezepte hatten Sie insgesamt und wann war die letzte Behandlung?

Nein Ja, folgende: _____

Allgemeine Fragen

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen?

Nein Ja, folgende: _____

Leiden Sie an chronischen oder bösartigen Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen oder Krebs?

Nein Ja, folgende: _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, bitte OP's mit Datumsangabe aufführen

Nein Ja, folgende: _____

Welche Dauermedikation nehmen sie ein? Auch solche zur Blutverdünnung, wie z. B. Marcumar oder ASS

Nein Ja, folgende: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

_____ Stunden pro Woche _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

Nein Ja, folgenden: _____

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB) und ggf. auch ein Merkzeichen?

Nein Ja, GdB _____ % Merkzeichen _____ Grund _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit, wie z.B. Hepatits oder HIV?

Nein Ja, folgende: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Angaben absolut freiwillig sind. Wir bitten Sie jedoch in Ihrem eigenen Interesse, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen, um eine optimale medizinische Behandlung zu sichern und Doppeluntersuchungen, wie z.B. Röntgen, zu vermeiden.

Erklärung

Ich wurde über die Freiwilligkeit der Angaben auf diesem Anamnesebogen informiert.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor,- und Nachname,
ggf Erziehungsberechtigte/-r)

Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Behandlungsdaten und -befunden – § 73 Abs. 1 b SGB V

Name, Vorname (ggf. zusätzlich Erziehungsberechtigte/-r)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- Ja**, ich willige in die Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten an mitbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten und andere meine Behandlung betreffende hinzugezogenen Institutionen ein. Mein Einverständnis ist jeder Zeit widerrufbar.
- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die Orthopädie Am Alten Gaswerk alle die für meine Behandlung erforderlichen Befunde, wie z.B. Radiologieberichte oder Krankenhausentlassungsberichte einholen darf und entbinde die entsprechende Praxis oder Einrichtung hiermit von der Schweigepflicht. Mein Einverständnis ist jeder Zeit widerrufbar.
- Nein**, ich willige in keinem Fall in die Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten oder andere meine Behandlung unmittelbar betreffende Institutionen ein.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor,- und Nachname,
ggf. Erziehungsberechtigte/-r)