

## **ANAMNESEBOGEN (vom Patienten auszudrucken und auszufüllen):**

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### **PERSÖNLICHE ANGABEN**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### **BESCHWERDEN:**

Seit wann haben Sie die aktuellen Beschwerden?

Tage: \_\_\_\_\_ Wochen: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_ Jahre: \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung Unfallfolge? \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall ? \_\_\_\_\_

Durchgangsarzt (Name) ? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? \_\_\_\_\_

Welche Sportart? \_\_\_\_\_

Wie oft (Dauer + Häufigkeit pro Woche): \_\_\_\_\_

Erfolgten bei Ihnen orthopädisch-unfallchirurgische Operationen (Jahr/OP)?

Bitte auflühren:

Allergien gegen Medikamente? \_\_\_\_\_

Schwangerschaft ? \_\_\_\_\_

Relevante Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung ? \_\_\_\_\_

Rheumatologische Erkrankung ? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck ? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung ? \_\_\_\_\_

Thrombose ? \_\_\_\_\_

Osteoporose ? \_\_\_\_\_

Schlaganfall ? \_\_\_\_\_

Diabetes/Zuckerkrankheit ? \_\_\_\_\_

Arthrose ? \_\_\_\_\_

Herzinfarkt ? \_\_\_\_\_

COPD ? \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall ? \_\_\_\_\_

Asthma ? \_\_\_\_\_

Depression ? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Verwandtschaft Erkrankungen gehäuft aufgetreten ? (Bitte nennen + Verwandtschaftsgrad):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente ? (v.a. Blutgerinnung/Blutverdünnung):

#### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_