

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin - sehr geehrter Patient -
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Sie optimal betreuen können - bitten wir Sie - diesen Bogen sorgfältig auszufüllen.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) und der DSGVO.

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name - Vorname - Titel _____ Geburtsdatum - -ort _____

Straße - Nr. _____ PLZ - Ort _____

Beruf* _____ (*Freiwillige Angabe - diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein)

Telefon privat _____ Telefon mobil** _____

E-Mail** _____ (**Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen)

Hausarzt*** _____ (***)Freiwillige Angabe - wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu)

WIE SIND SIE VERSICHERT? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht
Privat versichert: Basistarif Standardtarif Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)

Name - Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße - Nr. _____ PLZ - Ort _____ Telefon privat _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wie groß sind Sie? (Angabe in cm) _____ Was wiegen Sie? (Angabe in kg) _____

Ist die Behandlung heute Folge eines Unfalls?

Wenn ja: Unfalltag _____ Uhrzeit _____

Wenn Sie einen Unfall hatten - handelt es sich um einen Arbeitsunfall?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden - Schmerzen? _____

Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen? _____

Wodurch werden die Schmerzen verstärkt?
 Bewegung Ruhe Wärme Kälte Sonstiges

Wodurch werden die Schmerzen gelindert?
 Bewegung Ruhe Wärme Kälte Sonstiges

Haben Sie Empfindungsstörungen?
 Taubheit Überempfindlichkeit Wärmegefühl Kältegefühl
 Brennen Kribbeln Sonstige _____

Gab es bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden?
Wenn ja - welche und wie war der Behandlungserfolg? _____

Hatten Sie orthopädische Operationen?
Wenn ja - welche (wenn möglich - bitte mit Angabe der Jahreszahl) _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja - welche Sportart? _____ mit _____ Stunden pro Woche

BITTE WENDEN

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja - in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja - wie viele Zigaretten am Tag? _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Zutreffendes bitte ankreuzen:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzfehler - künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen - Tinnitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Knie- - Hüftarthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | | |

Allergien? Wenn ja - welche? _____ Haben Sie einen Allergiepass?

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Hepatitis HIV - AIDS Tuberkulose Krankenhauskeime (z. B. MRSA - etc.)

Creutzfeldt-Jakob (CJK) - Varianten CJK _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente | |
| - z. B. Marcumar® - Xarelto® - Eliquis® - Pradaxa® oder ASS® | | | |

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Wenn ja - gegen welche? _____

ERGÄNZENDE ANGABEN**** (****Freiwillige Angaben - diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll - jedoch nicht zwingend erforderlich)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?***** _____

(*****Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik)

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht - dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente - die vor und während der Behandlung verabreicht werden - eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich - Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort - Datum _____ Unterschrift _____

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN *Hinweis zu freiwilligen Angaben

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 _____

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der ORTHOSPHÄRE

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
Oskar-Hoffmann-Straße 156 - 44789 Bochum

PRIVATPRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
Geschwister-Scholl-Straße 7 - 45549 Sprockhövel

T 0234-936 370 - F 0234-936 375 5
praxis@orthosphaere-bochum.de

T 02339-921 122 - F 02339-921 123
praxis@orthosphaere-sprockhoevel.de

orthosphaere-bochum.de