

### **Anamnesebogen (Vorgeschichte)**

Herzlich willkommen in der orthopädischen Praxis Frau Dr. Gröber. Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Sie vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch und die Behandlung.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ z. Zt. ausgeübte  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_

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

#### **Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**

ja  nein,

wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente und Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.

---

#### **Nehmen Sie Medikamente ein (auch Schmerzmedikamente bei Bedarf)?**

ja  nein,

wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

---

#### **Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Falithrom, Marcumar, Aspirin, Ass, Godamed, Plavix, Xarelto o.ä)?**

ja  nein,

wenn ja, tragen Sie bitte den Namen des Medikamentes ein.

---

#### **Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden (auch nicht orthopädische)?**

ja  nein,

wenn ja, tragen Sie bitte Art der Operation und Jahreszahl ein.

---

#### **Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?**

Diabetes (Zuckererkrankung)  ja  nein

Herzbeschwerden/Herzinfarkt  ja  nein

Magenbeschwerden  
(Sodbrennen, Magengeschwüre)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Hypertonus (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen oder Embolien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumor- oder Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Liegen weitere Erkrankungen vor?**

ja  nein

wenn ja, bitte angeben welche Erkrankungen:

---

**Haben Sie oder ein Familienangehöriger (Eltern, Geschwister) Schuppenflechte (Psoriasis) oder Rheuma (bitte zutreffendes unterstreichen)?**

ja  nein. Wenn ja, welcher Familienangehöriger: \_\_\_\_\_

**Liegt eine Schwangerschaft vor?**

ja  nein

**Waren Sie bisher schon in orthopädische Behandlungen?**

ja  nein,

wenn ja, bei welchen Orthopäden und welches Jahr zuletzt.

---

**Hatten Sie physiotherapeutische Behandlungen in den letzten 3 Monaten?**

ja  nein,

wenn ja, bitte ausfüllen:

---

Art der Behandlung	Anzahl der Behandlungen	Datum der letzten Behandlung	verordnender Arzt
--------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------

**Hatten Sie Knochenbrüche?**

ja  nein, wenn ja bitte genaue Angaben

Körperteil: Seite: links oder rechts

Wann: Ursache des Bruches: (z.B. Sturz)

**Sind Sie im Besitz von Orthopädischen Hilfsmittel, z.B. Bandagen, Gehstützen oder Gehhilfen, Toilettensitzerhöhungen, Einlagen usw.)?**

ja  nein, wenn ja, bitte genaue Angabe, welche Hilfsmittel.

---

**Einwilligungserklärung**

Hiermit willige ich der Befundübermittlung an den Hausarzt und/oder mitbehandelnde Ärzte ein.

ja  nein

Versäumte bzw. nicht innerhalb von 24 Stunden vorher abgesagte Termine stellen wir Ihnen mit 50,00 € pro 30 Minuten in Rechnung.

Datum:

Unterschrift: