

## 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: \_\_\_\_\_

bitte wenden

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck  Thrombose  Schlaganfall  Herzinfarkt  Arthrose
- 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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Berufliche Anerkennung und Erfolge

Familie und privates Glück

Bewegung und Lebensfreude

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