

Anamnesebogen der orthopädischen Praxis Dr. med. Breitenbacher



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für Ihre optimale Behandlung benötigen wir Angaben zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte (Anamnese).

Veränderungen, z. B. bei Ihrer Medikation oder durch neue Erkrankungen, teilen Sie uns bitte immer sofort mit. Nur dann können wir die Behandlung entsprechend anpassen.

Ihre sämtlichen Angaben sind freiwillig, werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank.

1. Name, Vorname:

2. Geburtsdatum:

3. Straße, Hausnummer:

4. PLZ, Wohnort:

5. Telefon:

6. Mobil:

7. E-Mail-Adresse:

8. Versicherung / Krankenkasse:

9. Gesetzlich

pflichtversichert

freiwillig versichert

10. Privat versichert

Beihilfe

Basistarif

11. Wie ist Ihre aktuelle Arbeitssituation?

Schüler

Berufstätig

Student

Arbeitssuchend

Hausfrau /-mann

Rentner

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus / haben Sie ausgeübt?

Rente: Seit welchem Jahr sind Sie berentet bzw. pensioniert?

Haben Sie eine EU- / BU-Rente beantragt?

Ja

Nein

Wann haben Sie eine EU- / BU-Rente beantragt?

Arbeitssuchend: Seit wann sind Sie arbeitssuchend gemeldet?

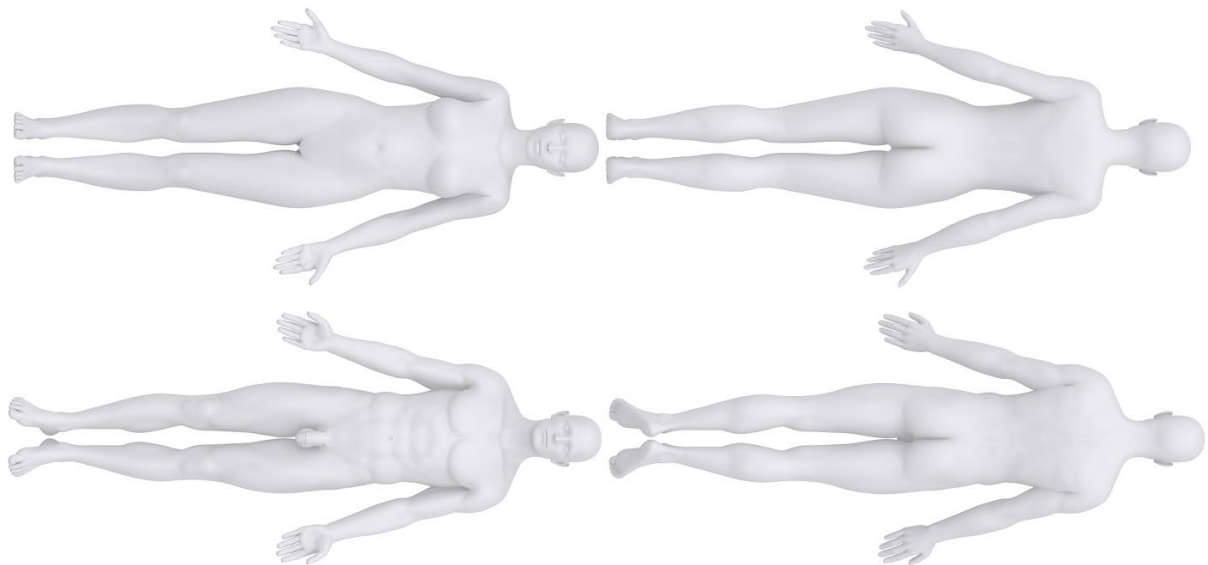
12. Bitte geben Sie - falls vorhanden - den Grad Ihrer Minderung der Erwerbstätigkeit in Prozent an:

13. Bitte geben Sie - falls vorhanden - den Grad Ihrer Behinderung in Prozent an:

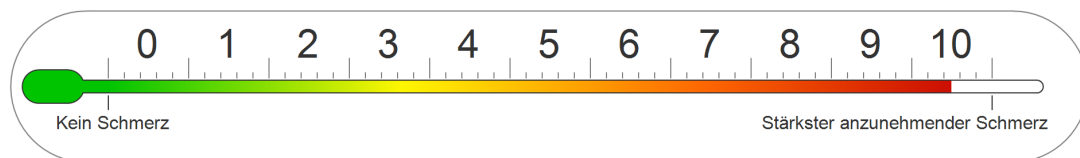
14. Welche gesundheitliche/n Beschwerde/n führt / führen Sie zu mir in die Sprechstunde?

15. Seit wann haben Sie diese gesundheitliche/n Beschwerde/n?

16. Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen spüren:



17. Wie würden Sie die Intensität der Schmerzen beschreiben, unter denen Sie aktuell leiden?



Bitte geben Sie einen **Wert zwischen 1 und 10** an:

Wie würden Sie die Intensität der größten Schmerzen beschreiben, unter denen Sie innerhalb des letzten Monats litten?

Bitte geben Sie einen **Wert zwischen 1 und 10** an:

Wie würden Sie die Intensität der Schmerzen beschreiben, unter denen Sie im Durchschnitt innerhalb des letzten Monats litten?

Bitte geben Sie einen **Wert zwischen 1 und 10** an:

18. Hatten Sie einen Unfall (z. B. Arbeitsunfall / anderer Unfall)?

Nein **Unfall:**

19. Wurden Ihre Beschwerden/Schmerzen bereits durch Ihren Hausarzt oder durch andere Ärzte vorbehandelt?

Nein Ja

**Wenn ja, wie wurden die Schmerzen vorbehandelt?
Bitte beschreiben Sie kurz, wie der bisherige Verlauf für Sie war.**

**Haben Sie Befunde darüber?
Bringen Sie die Befunde bitte bei Ihrem nächsten Besuch mit in die Praxis und geben sie an der Anmeldung ab.**

Nein Ja

20. Anhand welcher Gegebenheiten werden Ihre Schmerzen verschlimmert?

Bestimmte Haltung	Liegen
Gehen	Ruhe
Husten	Sitzen
Leichte Berührung	Stehen
Stress / Ärger / Angst	Wetterwechsel
Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen	
Andere Gegebenheiten:	

21. Anhand welcher Gegebenheiten werden Ihre Schmerzen gelindert?

Ablenkung	Lagewechsel
Änderung der Haltung	Leichte Bewegung
Entspannung	Liegen
Kälte	Positives Denken
Wärme	
Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen.	
Andere Gegebenheiten:	

22. Gibt es Begleiterscheinungen?

Ausstrahlung	Kraftminderung
Doppelbilder	Probleme beim Stuhlgang
Ergussneigung	Probleme beim Wasserlassen
Instabilitätsgefühl	Schwellungsneigung
Schwindel	Schwäche
Taubheit	Keine Begleiterscheinungen

Andere Begleiterscheinungen:

23. Wurden bereits Voruntersuchungen durchgeführt (z. B. Röntgen, MRT, CT, Labor usw.)? Bitte genaue Angaben.

Nein **Voruntersuchungen:**

24. Hatten Sie frühere Unfälle, Knochenbrüche oder wurde bereits eine Operation durchgeführt? Bitte mit Angabe, in welchem Jahr diese passiert sind / durchgeführt wurden.

Nein **Unfälle/Brüche/OP:**

25. Leiden oder litten Sie an einer Vorerkrankung?

Diabetes mellitus Typ 1	Schilddrüsenüberfunktion	Nein
Epilepsie	Wachstumshormonmangel	
Rheuma	Nebennierenüberfunktion	

Andere Vorerkrankungen:

26. Nehmen Sie z. Zt. Medikamente zur Blutverdünnung ein?

ASS 100	Plavix	Nein
Clopidogrel	Xarelto	
Iscover	Marcumar	

Andere Medikamente:

27. Nehmen Sie z. Zt. Medikamente gegen Schmerzen ein?

Arcoxia	Tramal	Nein
Ibuprofen	Valoron	
Novalgin	Tilidin	

Andere Medikamente:

**28. Ist bei Ihnen eine Allergie oder Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten bekannt?
Wenn ja, bitte genaue Angabe.**

Falls Sie einen Allergie-Ausweis besitzen, bringen Sie diesen bitte mit.

Nein **Allergien:**

**29. Befinden sich in Ihrem Körper eventuell Metallteile, z. B. Operationsnägeln,
Metallplatten, Gelenkprothesen oder Metall-/Granatsplitter?**

Operationsnägeln	Metall- / Granatsplitter	Nein
Metallplatten	Gelenkprothesen	
Andere Metallteile:		

30. Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel?

Bandagen	Rollator	Nein
Einlagen	Schuerhöhung	
Gehstock		
Andere orthopädische Hilfsmittel:		

**31. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche
befinden Sie sich?**

***Bitte weisen Sie den Arzt und das Pflegepersonal nochmal ausdrücklich darauf hin,
dass bei Ihnen eine Schwangerschaft besteht oder während der Behandlungsdauer
eine Schwangerschaft nicht ausgeschlossen ist!***

Nein **schwanger seit:**

**32. Waren Sie schon in einer Kur- oder Reha-Behandlung? Wenn ja, wann waren Sie das
letzte Mal in einer Kur- oder Reha-Behandlung?**

Nein **letzte Kur:**

33. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Aufbisschiene	Kopfschmerzen
Augenentzündung	Kraftverlust und Sturzneigung
Beinverkürzung	Längeres Steifigkeitsgefühl
Beckenschiefstand	Psychische Probleme / Depression
Blasenentzündung	Rheumatische Erkrankung
Durchfall	Ruhe und Nachtschmerz

Fieber / Nachschweiß / Infekt

Schwindel

Gewichtsverlust

Tinnitus

Größenverlust

Zähneknirschen / Kiefergelenkprobleme

Häufige Gelenkschwellung

Zeckenbiss

Häufige Knochenbrüche

Hauterkrankungen

Nein

Andere Erkrankungen:

34. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anderer Arzt

Internet

Bekannte / Freunde

Krankenkasse

Homepage

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Zeitung / Zeitschrift

Auf anderem Wege: