

Anamnesebogen Orthopädie

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Telefonnummer _____	E-mail-Adresse _____	
Beruf _____	Arbeitgeber _____	
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden Anzahl Kinder: _____
Nehmen Sie bei ihrem Hausarzt an einem Hausarztmodell teil? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Haben Sie eine Pflegestufe? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Ja, Stufe 1 <input type="checkbox"/> Ja, Stufe 2 <input type="checkbox"/> Ja, Stufe 3		

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in die Praxis?

1a) *Hauptbeschwerde:*

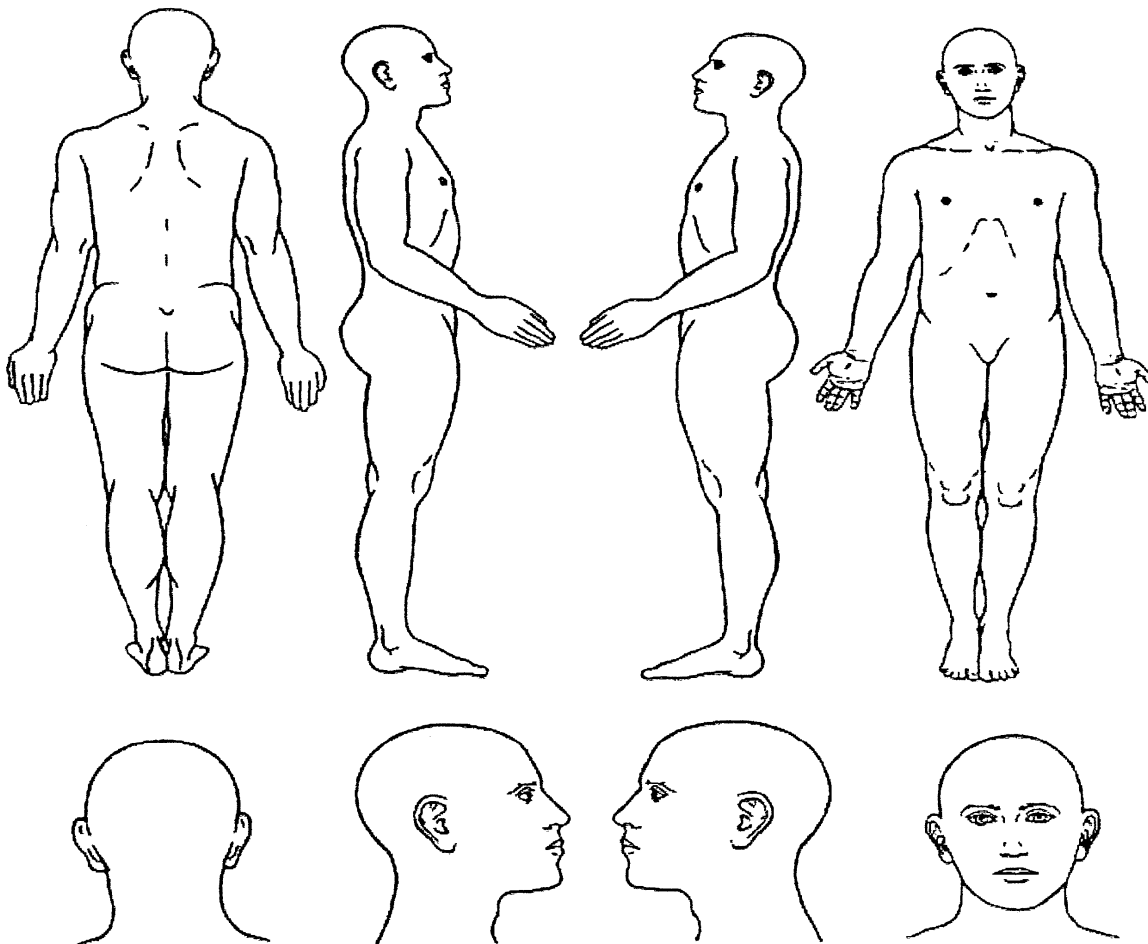
.....

1b) *Nebenbeschwerden:*

.....

2. Bitte malen Sie in die nachfolgenden Körperschemata ein, an welchen Körperteilen Ihre Schmerzen auftreten.

- Ein Kreuz **x** bei eng umgrenztem oder punktförmigem Schmerz.
- Umkreisen Sie den ungefähren Auftretungsort Ihrer Schmerzen.
- Falls Sie an mehreren Stellen Schmerzen haben, kennzeichnen Sie diese Orte entsprechend und schreiben „1“ an den Ort mit den stärksten Schmerzen.
- Falls der Schmerz ausstrahlt, kennzeichnen Sie den Ausstrahlungsort mit einem Kreuz und die Ausstrahlungsrichtung mit einem Pfeil



6. Kreisen Sie bitte die folgende Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen während der letzten Woche am besten beschreibt.



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine Schmerzen

Stärkste Schmerzen



7. Seit wann bestehen Ihre Hauptbeschwerden?

seit _____ Tag(en) oder _____ Woche(n) oder _____ Monat(en) oder _____ Jahr(en)

8. Bringen Sie den Beginn Ihrer Schmerzen mit einem bestimmten Ereignis in Zusammenhang?

- Nein Ja, und zwar mit: Unfall Arbeitsunfall Sturz Operation
 Krankheit berufliche Veränderung seelische Belastung
 Sonstiges: _____

11. Was verstärkt den Schmerz?

- häufiges Überkopfarbeiten häufiges Bücken Zwangshaltung
 Heben und Tragen von Lasten Treppensteigen Wetterwechsel
 Arbeiten bei langem Stehen Arbeiten bei längerem Sitzen

12. Zu welcher Tageszeit treten Ihre Schmerzen im Allgemeinen auf oder sind am schlimmsten?

- morgens vor dem Aufstehen nachmittags abends
 mittags nachts die Schmerzen sind tageszeitenunabhängig

13. Wie weit können Sie schmerzfrei gehen?

- weniger als 100 m weniger als 500 m weniger als 1000 m 1000 m und mehr

14. Von wem wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher untersucht oder behandelt?

- Keine Behandlung Allgemeinarzt Internist Orthopäde Neurochirurg
 Schmerztherapeut Röntgenologe Frauenarzt Zahnarzt HNO-Arzt
 Heilpraktiker Kieferchirurg Neurologe Psychotherapeut

16. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Pflaster...)	Dosierung (wie oft täglich, bei Bedarf)	Zeitraum (von – bis)

17. Ist bei Ihnen eine Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit bekannt?

- Nein Ja und zwar: _____

20. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung Angina pectoris Bluthochdruck
 Sonstige Herzerkrankungen Nierenerkrankung Durchblutungsstörungen
 Chronische Erkrankung Neurologische Erkrankung Krebserkrankung
 Diabetes mellitus
 Sonstiges: _____

22. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefonbuch Empfehlung Hausarzt Internet Sonstiges: _____

23. Um Sie individuell und optimal behandeln zu können, kommen oftmals auch Behandlungsmöglichkeiten in Betracht, welche von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Entscheiden Sie selbst, über welche Therapiemethoden Sie aufgeklärt werden möchten.

- Ich möchte nur die Leistungen in Anspruch nehmen, die von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.
 Ich möchte über alle Gesundheitsleistungen, die in meinem Fall geeignet und sinnvoll sind, aufgeklärt werden.

Einwilligungserklärung / Einverständniserklärung Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO:

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt mich an wichtige Kontrolltermine telefonisch, schriftlich oder per E-mail erinnert. Diese Erklärung gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen Behandlungsdaten und Befunde erheben kann und auch an diese die erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde **per Fax / Email /Telefon** (nicht zutreffendes bitte streichen) übermitteln darf.
Ich erteile die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztliche Verrechnungsstelle Wiesbaden GmbH – Bahnstr. 7 – 65205 Wiesbaden weiterzuleiten.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem behandelnden Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Personen sollen Behandlungsdaten/Rezepte und Überweisungen/Befunde (Nicht zutreffendes bitte streichen!) weitergegeben werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Aschaffenburg, _____

Unterschrift _____