

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die handchirurgische Behandlung haben. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig! Der Anamnesebogen ist Teil Ihrer Behandlungsunterlagen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____ Telefon _____
Beruf _____ Mobil _____
Arbeitgeber _____

Bei Familienversicherten - Angabe des Versicherten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____ Telefon _____

Gesetzliche Krankenkasse / ggf. private Zusatzversicherung / Zusatzversicherung

Privatversicherung _____

Hausarzt

Name _____
Adresse _____

In unserer Praxis bemühen wir uns, die für Sie reservierten Behandlungszeiten zeitlich einzuhalten. Wir dürfen Sie deshalb bitten, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis und dass Sie diese Informationen erhalten und verstanden haben.

Biberach, den _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte / Betreuer:

Herz-/Kreislaufkrankungen?

ja nein

- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt, Herzschwäche
- Rhythmusstörungen, Schrittmacher
- Künstliche Klappe, Stents, Bypass

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?

- | | | | |
|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| ASS | <input type="checkbox"/> | Plavix | <input type="checkbox"/> |
| Marcumar | <input type="checkbox"/> | Xarelto | <input type="checkbox"/> |
| Clopidogrel | <input type="checkbox"/> | Eliquis | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige | | | |

Leiden Sie unter Blut- oder Gefäßerkrankungen?

ja nein

- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörungen
- Langes Bluten nach Verletzungen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Patientinnen

ja nein

- Sind Sie schwanger?
- Wenn ja, in welchem Monat?
- Stillen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Erkrankungen von Nerven, Muskeln und Gelenken?

ja nein

- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Depressionen, Angstzuständen
- Muskelschwäche (z.B. MS)
- Rheuma

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt (auch Zähne)?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen?

Haben o. hatten Sie eine Infektionskrankheit, z.B.

ja nein

- Tuberkulose?
- Gelbsucht, Hepatitis?
- HIV/ Immunschwäche?
- Waren oder sind Sie drogenabhängig?
- Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biberach, den

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte / Betreuer:
