

ANAMNESEBOGEN

Orthopädie

Sehr geehrte Patienten,
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

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.

Name | Vorname

Patientennummer

Telefonnummer

E-Mail

FAX

Größe kg

Gewicht m

Hausarzt (Name | Ort)

Vorheriger Orthopäde (Name | Ort)

Waren Sie schon beim Radiologen? Nein Ja – *bitte alle Befunde / Bildgebung zum Termin mitbringen*

Berufliche Tätigkeit: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

Ihre Beschwerden oder Ihr Anliegen, weswegen Sie in unsere Praxis kommen:

HWS/Nacken BWS LWS Hüfte Knie rechts / links

Sonstiges: _____

Taubheitsgefühl Kribbeln Schwäche/Lähmung, seit _____

Schmerzen plötzlich **Schmerzen schleichend**

stechend ziehend dumpf pochend brennend

Schmerzen insgesamt seit _____ Zunahme der Schmerzen seit _____

Schmerzen aufgrund von Unfall/Sturz Belastung/Verheben Operation Krankheit

Keine bekannte Ursache _____

Schmerzen strahlen aus in Schulter Oberarm Unterarm Hand

Daumen Mittelfinger Kleinfinger

Brustkorb/Rippen Schulterblatt Gesäß

Oberschenkel vorne Oberschenkel hinten Schienbein

Wade Fußrücken/Großzehe

Fußaußenrand/Kleinzehe Fußsohle

Schmerzen werden schlimmer beim Gehen, maximale mögliche Gehstrecke in Meter: _____
 Sitzen Stehen/Aufstehen Bergauf gehen Berg abwärts gehen

Schmerzen werden leichter nach Hinsetzen beim Liegen beim Gehen

Bitte kreuzen Sie Ihre Schmerzen anhand der Schmerzskala an:

(1 kein Schmerz bis 10 schlimmster vorstellbarer Schmerz)

VAS Skala Rücken/Nacken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VAS Skala Arm/Bein	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bisher wurde ich behandelt mit Schmerztabletten Quaddeln Schmerzinfusionen Einspritzungen
 Stationäre Schmerztherapie Reha/Physiotherapie Operation: _____

Treiben Sie Sport? nein wenn ja, wieviel am Tag? _____

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Ggf. Medikamentenplan vorlegen

nein wenn ja, welche Medikamente? (z.B. Blutverdünner: ASS, Clopidogrel, Marcumar, Eliquis, Xarelto usw.)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Allergie _____	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Voroperationen:

Sucht

Rauchen ja / wie viel pro Tag: _____ nein
 Alkohol gelegentlich ja / Menge: _____ nein
 Drogen/Medikamente ja / welche? _____ nein

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung alle Ihre MRT- / CT- / Röntgenbilder sowie die dazugehörigen Befundberichte mit, um unnötige Röntgenuntersuchungen zu vermeiden.

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort / Datum

Unterschrift