

# ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Herzlich willkommen in meiner orthopädischen Praxis.

Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir genaue Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankheitsgeschichte.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Wenn Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein sollten machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Wir nehmen den Schutz ihrer persönlichen Daten ernst. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

## Persönlich Angaben

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Email (z.B. für Terminerinnerungen) \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrer Gesundheit

Seit wann haben Sie die aktuellen Beschwerden? \_\_\_\_\_ O Tagen O Wochen O Monaten O Jahren

Ist die Behandlung heute Folge eines Unfalls? O Ja O Nein

Wenn ja, Unfalltag: \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? O Ja O Nein

Treiben Sie Sport? O Ja O Nein

Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche.

Hatten Sie orthopädische Operationen? O Ja O Nein

Wenn ja, welche und wann (Jahreszahl)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien auf Medikamente? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- |                   |                    |                |                       |
|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------|
| O Bluthochdruck   | O Thrombose        | O Schlaganfall | O Herzinfarkt         |
| O Lebererkrankung | O Nierenerkrankung | O Diabetes     | O Asthma/COPD         |
| O Krebserkrankung | O Osteoporose      | O Arthrose     | O Bandscheibenvorfall |
| O Rheuma          |                    |                |                       |

### **Medikamente**

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?       Ja       Nein

Wenn ja, welche (z.B. Blutverdünner, Verhütungsmittel, Osteoporosemedikamente)

---

### **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Arzt       Familie       Bekannte/r       Telefonbuch       Zeitung  
 Homepage       Google/Suchmaschine       GelbeSeiten

### **Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit Ihrer Angaben**

Rottweil, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

### **HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN**

#### **HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Rottweil, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift