

PRAXIS

 Dr. med. Jan H. Podehl-Klose
 Praxis für Orthopädie
 und Sportmedizin
 Peiner Str. 2
 30519 Hannover
 Tel. 0511 / 985 99 82-0

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Sie besser betreuen und behandeln können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

.....

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
.....		
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
.....		
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
.....		
E-Mail		

Krankenversicherung / Überweisung

.....

Krankenkasse	bei Familienversicherung: Name des Hauptversicherten	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert
.....		
Sondertarif:		
.....		
Überweisender Arzt:	Adresse	

Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Welche?

.....

.....

.....

Leiden Sie an einer Medikamentenunverträglichkeit?

.....

Vorerkrankungen

	ja / nein		ja / nein
Hypertonus (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen / Dialyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes (Blutzucker)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (z.B. COPD / Asthma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blut-Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose / Bisphosphonat-Therapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
andere Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (z.B. HIV / Aids, Hepatitis, Tuberkulose, ORSA / MRSA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....			
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind Allergien bekannt? Welche?	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
.....			

Datum

Unterschrift des Patienten