

**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

gesetzlich versichert  mit Zusatzversicherung  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