



**viasana**

ORTHOPÄDIE · UNFALLCHIRURGIE  
SPORTMEDIZIN

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Zur Vervollständigung bzw. Aktualisierung Ihrer Daten bitten wir Sie darum, die folgenden Fragen zu beantworten.

## Daten zu Ihrer Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf/Tätigkeit
Straße	Wohnort
Telefon privat	Telefon Arbeit
E-Mail	
Krankenversicherung/Zusatzversicherung	

## Erkrankungen und Operationen

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend genannten Erkrankungen, hatten Sie Operationen?

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Auf welches Medikament?	.....	
Magengeschwür	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann?	.....	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A / B / C / HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann?	.....	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche Körperregion?	.....	
Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung?			Welches?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....		
Operationen			Welche?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....		

## Sonstiges

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung durch die Praxis zu.

.....  
Speyer, den (Datum) Unterschrift