

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um den Ablauf Ihrer Behandlung optimal vorzubereiten, bitte ich Sie freundlich, folgende Angaben zu machen. Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt per Email vor Ihrem Termin zu oder bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin mit.

Patientin / Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Krankenkasse		

Versicherte Person

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Kontaktdaten

_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

Telefonnummer (privat)	Telefonnummer (geschäftlich)	Mobilnummer

E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

Angaben zur Person

_____	_____	
Größe	Gewicht	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Wenn ja, welche Sportarten / wieviele Stunden pro Woche? _____		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Bitte wenden

Dr. med. Mellany Galla

Praxis für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie

Georgsplatz 19
30159 Hannover

T. 0511. 22 85 85 85
F. 0511. 22 85 85 88

info@fuss-spezialistin.de
www.fuss-spezialistin.de

Welche Beschwerden führen Sie aktuell in unsere Praxis? Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Gibt es hierzu Befunde? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte möglichst mit Jahreszahl)? Röntgen, Kernspintomographie (MRT), Computertomographie (CT)?

Ist diesbezüglich bereits eine Behandlung erfolgt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte möglichst mit Jahreszahl)?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Gefäßverengung | <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="radio"/> niedriger Bluthochdruck | <input type="radio"/> Venenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen |
| Wenn ja, seit wann? | Wenn ja, in welchem Körperteil? | <input type="radio"/> Krebserkrankung |
| | | Wenn ja, bitte benennen |
-

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente oder Blutverdünner ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien / (Medikamenten-)Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet
- Praxisschild Werbeschild sonstiges _____
-

Ort, Datum

Unterschrift