

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?

Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Wenn ja, welche Sportarten / wieviele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie schwanger?

Ja 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