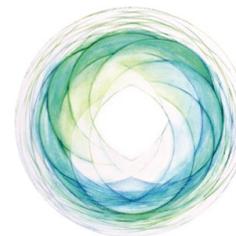


**ANAMNESE-FRAGEBOGEN****ORTHO AKTIV**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis ortho aktiv. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Benutzen Sie zur Beantwortung der Fragen gerne auch die Rückseiten.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Stammdaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon beruflich

Mobilnummer

e-mail Adresse

Name Hausarzt / einweisender Arzt

Praxisort Hausarzt / einweisender Arzt

Name der privaten Krankenversicherung

Besonderheiten der privaten Krankenversicherung ( Beihilfe, Basistarif, Selbstzahler)

Angaben zum beruflichen Alltag

Beruf	Zur Zeit erwerbstätig ?	Grad der Beeinträchtigung (GdB) ?
Arbeitsstunden pro Woche	Wochenend- oder Schichtarbeit ?	Art der körperlichen Belastung (schwer, sitzend, stehend, ...)

Angaben zum privaten Alltag

Familienstand	Alter und Geschlecht der Kinder	
Hobbies	Wie viel private nicht-sportliche Bewegung haben Sie im Alltag (z.B. 1 Std. Spaziergang pro Tag)?	
Ernährung ( Mischkost, vegan, ketogen... )	Haben Sie einen Ernährungsplan ?	
Welche Sportarten treiben Sie regelmäßig ?	Wie oft, wie lange, seit wann, mit Trainingsplan ?	
Wie lange schlafen Sie pro Nacht ?	Haben Sie Ein-/Durchschlafprobleme oder Albträume ?	
Wie viel rauchen Sie ? (was und seit wann ?)	Wie viel Alkohol trinken Sie ? (was und seit wann ?)	Wie viele Drogen nehmen Sie ? (was und seit wann ?)
Wie groß sind Sie ?	Wie schwer sind Sie ?	Kennen Sie Ihren Körperfettanteil ?
Wie entspannen Sie ( z.B. Meditation, autogenes Training ... ) ?	Wie oft nehmen Sie sich Zeit dafür ?	

Medikamente / Mitbehandler / Operationen / Allergien

Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie **bei Bedarf** einnehmen:

Medikamentenname	Stärke ( z.B. in mg)	Wann bzw. wie oft nehmen Sie es ein ?
------------------	----------------------	---------------------------------------

---

---

---

---

Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie **regelmäßig** einnehmen:

Medikamentenname	Stärke ( z.B. in mg)	Wann bzw. wie oft nehmen Sie es ein ?
------------------	----------------------	---------------------------------------

---

---

---

---

---

---

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein ? Wenn ja, welche, wann und wie oft ?

---

---

---

---

---

---

Sind Sie in weiterer fachärztlicher Behandlung ? Wenn ja, bei wem, wo und wie oft ?

---

---

---

---

---

---

Sind Sie in weiterer nichtärztlicher Behandlung ( Heilpraktiker, Physiotherapeut, Homöopath, Psychotherapeut, Heiler, Energiearbeit, ... ) ? Wenn ja, bei wem, wo und wie oft ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Operationen sind bei Ihnen wann und in welcher Klinik / Praxis durchgeführt worden ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten ? Wenn ja, an welchen und wie stark ( z.B. Nüsse führen zu Hautrötung, Jucken, Blutdruckabfall oder allergischem Schock )

---

---

---

---

---

---

---

---

Fragen an Patientinnen

Sind sie schwanger ?

Anzahl der bisherigen Schwangerschaften  
(ggf. die aktuelle Schwangerschaft mitgezählt)

Wan war ihre letzte Periode

Leiden Sie an Zyklusunregelmäßigkeiten ?

Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie **vorne** an, an welchen Erkrankungen Sie leiden.

Bitte kreuzen Sie **hinten** an, an welchen Erkrankungen ein Blutsverwandter von Ihnen leidet oder litt.

- |                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Glaukom (Augeninnendruckerrhöhung)                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen / Thrombosen                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gicht / erhöhte Harnsäurewerte                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Arthrose / Gelenkverschleiß                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Rheuma  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Magenerkrankungen / Sodbrennen                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Asthma / COPD   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen / Depressionen                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen / Krebserkrankungen                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | chronische Infektionskrankheiten ( Hepatitis, HIV, ...) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bandscheibenerkrankungen                                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Osteoporose   | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:


---



---



---



---



---

Ort, Datum ..... Unterschrift Patient/-in.....