

ANAMNESEBOGEN

Name:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Beruf:.....

Krankenkasse:

Bei gesetzlicher Krankenversicherung: stationär Zusatzversichert ja nein
wenn ja: Wahl-/Chefarztleistung ja nein

Name der privaten Zusatzversicherung:

Bei Privatversicherung: Wahlarzt-/Chefarztleistung ja nein
Basistarif ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein
Kostenerstattungsprinzip (Vertrag GKV) ja nein

Name d. Hausarztes/ärztin, Ort

Ich bin einverstanden, dass er/sie über meinen Befund informiert wird ja nein

Name d. Orthopäden/in, Ort

Ich bin einverstanden, dass er/sie über meinen Befund informiert wird ja nein

Zur Erfassung Ihrer individuellen Risiken im Rahmen einer Operation möchten wir Sie bitten, uns alle nachfolgenden Fragen gewissenhaft und **vollständig** zu beantworten. Gerne können Sie uns weitere Dokumente bzgl. Ihrer Gesundheit (z.B. Liste über Medikamente oder Operationen gesondert per E-Mail/Fax/Post übersenden)

Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor?

Herzerkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzschrittmacher)	ja	nein
Herz-Rhythmusstörungen	ja	nein
Hoher Blutdruck	ja	nein
Nierenfunktionsstörung	ja	nein
Verminderte Belastbarkeit (z.B. beim Treppensteigen)	ja	nein
Störungen der Lungenfunktion (z.B. COPD, Asthma bronchiale)	ja	nein
Schlaf-Apnoe (mit Gerät-Versorgung)	ja	nein
Erhöhte Blutungsneigung, Gerinnungsstörung	ja	nein
Diabetes mellitus (insulinpflichtig oder z.B. mit Metformin therapiert)	ja	nein
Hormonelle Störungen (z.B. Schilddrüsen-Über-/Unterfunktion)	ja	nein
Neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson-Erkrankung)	ja	nein
Magen-/ Darmgeschwüre evtl. mit nachfolgenden Blutungen	ja	nein
Erkrankungen des Auges (z.B. Glaukom)	ja	nein

ANAMNESEBOGEN

Durchblutungsstörungen der Beine oder Arme (pAVK) ja nein

Chronische Infektionserkrankungen, wie z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc (wenn ja: welche?) ja nein

.....
.....

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? ja nein

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? ja nein

Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

.....
.....

Wie groß sind Sie?

Wie schwer sind Sie?

Rauchen Sie? Wenn ja: wie viele Zigaretten pro Tag? ja nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? (Wenn ja: welche) ja nein

.....
.....
.....

Sind Sie schon einmal operiert worden? (Wenn ja: Datum und Art der Operation) ja nein

.....
.....
.....
.....

Kam es bei früheren Eingriffen oder Verletzungen zu verstärkter Blutung, zu verzögerter Heilung, Eiterung, zu Fisteln oder starker Narbenbildung? ja nein

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten oder Allergien (z.B. Asthma, Medikamente, Metalle, Verbandsmaterialien, Desinfektionsmittel, Latex, Lebensmittel wie z.B. Soja) bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

ANAMNESEBOGEN

Können Sie im Fall eines ambulanten Eingriffs durchgehend 24 Stunden von einem Erwachsenen betreut werden? ja nein

Name dieser Person

.....

Rufnummer

.....

Seit wann haben sie Beschwerden im betroffenen Gelenk?

Wurden die Beschwerden durch einen Unfall ausgelöst oder verschlimmert? ja nein

Welche Behandlungen wurden schon vorgenommen?

Krankengymnastik/manuelle Therapie/Massage/Osteopathie ja nein

Schmerzmedikamente/entzündungshemmende Medikamente ja nein

Spritzen/Punktion ja nein

Verbände/Bandagen/Schienen ja nein

Bestrahlung/Stoßwellentherapie/Magnetfeldtherapie ja nein

Ist das betroffene Gelenk schon einmal operiert worden? ja nein

Wenn ja, wann?

Wird das betroffene Gelenk im Sport stark belastet? ja nein

Wird das betroffene Gelenk im Beruf stark belastet? ja nein

Sind Sie aktuell wegen der Gelenkbeschwerden arbeitsunfähig? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in