



Orthopädische Praxis

Dr. med. Andreas Meyer

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; Chirurgie

Arbeits- und Schulunfälle
Sportmedizin
Chirotherapie
Operationen

Orthopädie • Stresemannstr. 5-9 • 54290 Trier • fon: (0651) 43103 • fax: (0651) 9945976 • www.ortho-trier.de

Anamnesebogen:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie uns mit diesem Aufnahmebogen vorab die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und wir werden dann im persönlichen Gespräch mit Ihnen die Einzelheiten genau besprechen. Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

NAME: VORNAME: geb.....

Versicherer/Eltern:..... geb.....

Wohnort: (PLZ.....)..... Straße u. Nr:

Tel. priv.: geschäftl.: Mobil.:

Fax: Email:

Krankenkasse: Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Beruf: (beschreiben Sie bitte, wie Ihre Arbeitssituation ist, nicht nur z.B. „Kaufmann“; d.h.: viel sitzende Tätigkeit, schwere körperliche Tätigkeit, extreme geistige Anspannung etc.. Gibt es möglicherweise Schadstoffbelastungen zu Hause oder im Berufsleben?)

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

Wie sind Ihre Lebensverhältnisse (allein stehend, verheiratet, wie viele Kinder; bei Kindern: Geschwister?).....

.....

Krankengeschichte (vom (Datum) :.....

Was sind Ihre **jetzigen Beschwerden**?

1 Hauptbeschwerde

(Wann sind sie aufgetreten? Vermuten Sie einen Zusammenhang mit einem Auslöser?):

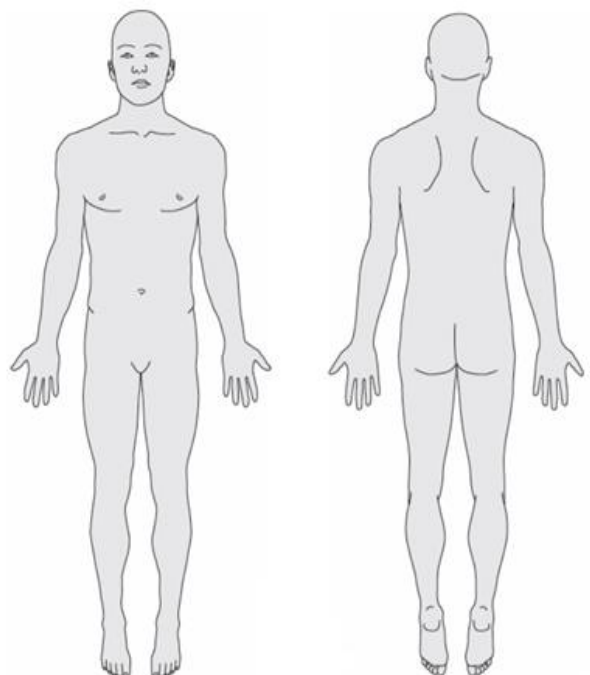
.....
.....

2 Nebenbeschwerden

.....
.....

Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdelokalisation (z.B. Lokalisation eines Ekzems) in das neben stehende Schema ein. Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z.B. stechend, dumpf, etc..)

.....



Sind die Schmerzen oder andere Beschwerden veränderlich? Wenn ja, wie:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung			
Sitzen			
Stehen			
Liegen			
Nachts			
Morgens			
Abends			

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von - 10 bis + 10 einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa? Machen Sie spontan ein Kreuz auf die Skala.

Im schlimmsten Fall:

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden

-10 ----- 0 ----- +10

im besten Fall

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden

-10 ----- 0 ----- +10

Welche **Fachärzte** oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

.....

.....

.....

Untersuchungen: Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie **Befunde und Röntgenaufnahmen** mit, soweit vorhanden.

Röntgen:

MRT:

CT::

Labor:

EEG/EKG:

Magen/Darmspiegelung:

Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

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

Operationen, Klinkaufenthalte (was, wann, wo)?

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

Sind von diesen Operationen Implantate (Prothesen, Platten, Schrauben) zurück geblieben?

Wenn ja, wo?

.....
.....

Kinderkrankheiten(Datum):

.....

Impfungen (Datum):

.....
.....

Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

1. Haut:

.....
.....

2. Allergien/Unverträglichkeiten:

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

3. Kopf/Hals:

Augen: **Ohren:**

Nasennebenhöhlen: **Mandeln:**

Polypen“: **Schilddrüse:**

4. Zähne:

Fehlende Zähne:.....

Zahnersatz (Inlay; Implantat, ...):.....

Zahnersatzmaterial (Amalgam; Kunststoff, Gold, Keramik):.....

wurzelbehandelte Zähne:.....

Amalgam entfernt? Wann?
Ausschwemmbehandlung?.....Womit?.....

Name des behandelnden Zahnarztes:.....

Letzter Zahnarztbesuch:

Gibt es eine Panoramaaufnahme neueren Datums?.....Bringen Sie diese bitte möglichst mit.

5. Herz /Kreislauf:.....Blutdruck.....

6. Lunge:

7. Verdauungsorgane:

Leber: Galle:

Magen: Bauchspeicheldrüse:

Verdauung/Darm:

Blähungen:Stuhlgang wie oft: Konsistenz.....

8. Niere/Blase: Inkontinenz beim Pressen, Husten:

9. Bewegungsapparat: Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen

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

10. Seelische Belastungsfaktoren / Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todesfall | <input type="checkbox"/> schwere Krankheit im Familien- oder nahen Freundeskreis |
| <input type="checkbox"/> Probleme naher Angehöriger | <input type="checkbox"/> finanzielle Belastung |
| <input type="checkbox"/> Scheidung / Trennung | <input type="checkbox"/> Kündigung / Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> berufliche Neuorientierung / Wechsel / Ausbildung | <input type="checkbox"/> starke berufliche Belastung |
| <input type="checkbox"/> Umzug / Hausbau | <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme |
| <input type="checkbox"/> andere | |

11. neurologische Beschwerden:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> andere | |

12. Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes: Gicht: Fettstoffwechselstörung:

13. Schlaf:

.....

14. Appetit: Durst:.....

Wie ernähren Sie sich?

.....

.....

15. Schweißneigung: Nachtschweiß:

16. derzeitige Medikamente:

.....

.....

.....

.....

17. Nikotin: Alkohol: Kaffee:

18. Größe:.....cm; Gewicht.....kg

19. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Verwandtschaftsgrad?

Tbc: Allergien: Diabetes:

Übergewicht:Hochdruck:Herzinfarkt:

Schlaganfall:Krebsleiden:

Schilddrüsenerkrankungen: andere:

Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?

Wir danken für Ihre freundliche Mitarbeit und werden persönlich alles noch einmal genau mit Ihnen durchgehen.