



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Gewicht/Größe: _____

Wir bitten Sie, die Fragen in unserem Anamnesebogen ehrlich und sorgfältig zu beantworten.
(nutzen Sie gerne die Rückseite, falls der Platz nicht ausreicht)

Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Z.n. Herzinfarkt, KH, Bluthochdruck oder Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Erkrankung der Niere, Leber, Magen/Darm, Lungen oder Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Epilepsie oder MS?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Hepatitis, HIV oder TBC?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Suchterkrankungen (auch ehemalgig)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Allergien? (z.B. Medikamente, Latex, Nickel etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:

Nehmen Sie folgende Medikamente regelmäßig ein?

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Xarelto etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Bluthochdruckmedikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Diabetes-Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Antibiotika oder Kortison	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Hormone (z.B. die Pille)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:
Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:

Wurden Sie schon einmal operiert?

Nein

Ja, folgende OP: _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung gemäß DSGVO:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis ORTHOnova (Mahmoud Abuhasanein) bis auf Widerruf zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern sowie an andere Ärzte und Leistungserbringer zu Zwecke der Mitbehandlung weitergeben darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung nach Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO jederzeit schriftlich per E-Mail (info@orthonova-ffm.de) oder postalisch (ORTHOnova, Auf der Kuhr 9, 60435 Frankfurt am Main) widerrufen kann. Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: _____

Unterschrift: _____