



SPORTHEUM

## Anamnesebogen Kasse

Angaben zum Patienten	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
E-Mail und Telefonnummer:	
Name und Telefonnummer nächster Angehöriger (für den Notfall):	
Name und Anschrift von Ihrem niedergelassenen Orthopäden:	
Berufliche Tätigkeit:	
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesetzliche Versicherung	
Name der Versicherung:	
Zusatzversicherung:	Name der Versicherung: <input type="checkbox"/> 1-Bett Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett Zimmer <input type="checkbox"/> Wahlarztleistung
<b>Bei Minderjährigen:</b> Vorname, Name, Geb.-Datum, Anschrift des Hauptversicherten:	



# SPORTHEUM

Angaben zu Ihrer Gesundheit	
Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?	
Welche Diagnostik wurde bereits durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> keine
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Ja <input type="checkbox"/> Sportart: _____ Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ Nein <input type="checkbox"/>
Liegen akute oder chronische Erkrankungen vor? (z.B. Diabetes, Lebererkrankung, Blutungsneigung, Thromboseneigung, Asthma/COPD, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Rheuma, Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, Tbc, etc.), ...)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankung bekannt
<b>Bei Frauen:</b> Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Fellbach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam