MVZ Campus Gifhorn



MVZ Campus Gifhorn \cdot Campus $6 \cdot 38518$ Gifhorn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Anamnese

Patient						
Anschrift	Nam	e	Vorname		geb.:	
	Straße		Hausnummer			
Tel. (Privat)			Tel. (Mobil)			
Hausarzt:				Beruf:		
Familienstand	l/ Kinde					
Rauchen Sie?		Ja / nein	Wenn ja, wie	viel am Tag? _		
Treiben Sie S	port?	Ja/ nein				
Größe:			Gewicht:			
Für weibliche	Patient	en:				
Sind Sie Schw	vanger?	Ja/nein	Wenn ja, in w	elcher Woche?		
Nehmen Sie g Wenn ja, weld		irtig Medika	mente ein? Ja/n	ein		
Haben Sie All (Medikamento Wenn ia. weld	e oder N		räglichkeiten		Ja/nein	

MVZ Campus Gifhorn



Nebendiagnosen

Haben oder hatten einer der folgenden Erkrankungen/Infektion?

- o Bluthochdruck
- Thrombose
- o Schlaganfall
- o Erkrankung des Nervensystems
- o Lebererkrankung
- o Nierenfunktionsstörung
- o Asthma
- o COPD
- o Diabetes, Typ 1
- o Diabetes, Typ 2
- Herzinfarkt
- Hepatitis
- o HIV
- o Rheuma
- Osteoporose
- o Operationen
- o Sonstige Erkrankungen
- o Bösartige Krebserkrankung, welche?

MVZ Campus Gifhorn



Orthopädische Anamnese					
Mit welchen Beschwerden kommen Sie ur	ns:				
orthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem	o der letzten 12 Monate in unfallchirurgischer /				
Wurde diesbezüglich bereits Diagnostik (M	MRT / CT / Röntgen/ Ultraschall) durchgeführt?				
Erfolgte innerhalb diesbezüglich bereits ei (Medikamentöse Therapie / Infiltrationen /					
Wurden bei Ihnen bereits unfallchirurgisch Ja/nein Wenn ja, welche (wenn möglich bi	ne / orthopädische Operationen durchgeführt? tte wann und wo?)				
 Datum	 Unterschrift				