



## Fragebogen Orthopädiepraxis Osenar

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

GdB: \_\_\_\_\_

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

ja

nein

### Medikamente

Bluthochdruck (Hypertonie) .....

\_\_\_\_\_

Herzkrankungen .....

\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher .....

\_\_\_\_\_

### Allergien/ Unverträglichkeiten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen

ja

nein

### Medikamente

Blutgerinnungsstörungen .....

\_\_\_\_\_

Asthma/ Lungenerkrankung .....

\_\_\_\_\_

Krebserkrankungen .....

\_\_\_\_\_

Rheuma .....

\_\_\_\_\_

Epilepsie .....

\_\_\_\_\_

Diabetes .....

\_\_\_\_\_

Osteoporose .....

\_\_\_\_\_

Arthrose .....

\_\_\_\_\_

Gicht .....

\_\_\_\_\_





## Fragebogen Orthopädiepraxis Osenar

### Infektionskrankheiten

---

---

### Operationen

Wann      Wo                      Was

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Akute Beschwerden

---

---

---

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Soziale Medien: \_\_\_\_\_

Freunde/ Bekannte: \_\_\_\_\_

Ärzte/Überweiser: \_\_\_\_\_

Hiermit gebe ich meine Einwilligung der Orthopädiepraxis Osenar Berichte und Befunde von anderen Ärzten und Institutionen anfordern zu dürfen.

#### DATENSCHUTZBESTIMMUNG

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: Mai 2018, liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Hiermit gebe ich meine Einwilligung der Orthopädiepraxis Osenar Berichte und Befunde von anderen Ärzten und Institutionen anfordern zu dürfen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift