



# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir daher folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

## Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## **Bei Kindern: bitte den Erziehungsberechtigten eintragen:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja /  nein wenn ja, wieviel am Tag? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  ja /  nein wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Bei Frauen: sind Sie schwanger?  ja /  nein

Orthopädische Operationen?  ja /  nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?  ja /  nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden Sie das Blatt ☺**



**Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck                      | <input type="radio"/> Z. n. Thrombose   | <input type="radio"/> Schilddrüsen <u>über</u> funktion |
| <input type="radio"/> Schilddrüsen <u>unter</u> funktion | <input type="radio"/> Z. n. Herzinfarkt | <input type="radio"/> Lebererkrankung                   |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung                   | <input type="radio"/> Diabetes          | <input type="radio"/> HIV                               |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD                      | <input type="radio"/> Krebserkrankung   | <input type="radio"/> Hepatitis                         |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall                | <input type="radio"/> Rheuma            | <input type="radio"/> Osteoporose                       |
| <input type="radio"/> Knie-/Hüftarthrose                 | <input type="radio"/> Depression        | <input type="radio"/> nehmen Sie Marcumar ein?          |
| <input type="radio"/> Schlafapnoe                        |   |   |

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?  ja /  nein Wenn ja, welche?

---

**Folgende Fragen sind wegen der neu in Kraft getretenen Datenschutzrichtlinien am 25.05.18 sehr wichtig und müssen daher mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.**

- Dürfen wir anderen Ärzten und Krankenhäuser Ihre Daten weitergeben oder erfragen?  ja /  nein
- Dürfen wir Apotheken / Sanitätshäuser Ihre Daten weiterleiten?  ja /  nein
- Dürfen wir Sie anrufen?  ja /  nein
- Dürfen wir Ihnen eine E-Mail schreiben?  
(beachten Sie, dass wir keine „krankheitsrelevanten“ Daten versenden)  ja /  nein
- Dürfen wir Ihnen eine SMS schicken?  ja /  nein
- Dürfen wir Ihre Daten im Falle einer Operation an den/die Anästhesisten/in weiterleiten?  ja /  nein
- Dürfen wir Ihre Daten im Falle einer Operation an den Implantathersteller zur Abrechnung weiterleiten?  ja /  nein
- Dürfen wir Familienmitgliedern Auskünfte erteilen / Formulare aushändigen?  ja /  nein
- Möchten Sie eine Kopie dieses Bogens?  ja /  nein

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben und stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten in dem OUZ ausdrücklich zu.**

Dieser Bogen wird elektronisch archiviert und im Anschluss nach den gängigen Datenschutzrichtlinien vernichtet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anamnesebogen/22.05.18/rev 2 04.06.19/rev 3 11.11.20/03.04.23

Ouz Ganderkesee (chirurgisch orthopädisches Zentrum Ganderkesee GmbH),  
Gruppenbührener Str. 7, 27777 Ganderkesee