



Sehr geehrte Patient*innen,

wir begrüßen Sie herzlich in der chirurgischen/orthopädischen Abteilung des Maria Josef Hospital. Wir bitten Sie den Anamnesebogen vollständig auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ und Wohnort: _____

Telefon- / Handynummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Krankenkasse: _____ stationär privat versichert: ja () nein ()

Wahlleistung stationär: 1 Bett () 2 Bett ()

Angaben bei privater Krankenzusatzversicherungsleistungen:

KVNR für das Implantat Register (Pflichtangabe bei Privatversicherten):

Angabe der Angehörigen bei minderjährigen Patienten:

Hausarzt*in: _____

überweisende Orthopädie/Unfallchirurgie: _____

Grund der Vorstellung:

Bezieht sich Ihr heutiges Anliegen auf einen Unfall: ja () nein ()

wenn ja, Unfalltag: _____ Berufsunfall () Freizeitunfall ()

Wurden Sie bezüglich der Beschwerden vorbehandelt?

Bitte ankreuzen: Ja () nein ()

Wenn ja, welcher Arzt*in /Klinik hat Sie behandelt:



Wurden in den letzten 12 Monaten radiologische Untersuchung durchgeführt?

MRT () CT () Röntgen () Skeletztintigraphie ()

Wenn ja, wann und wo wurden diese erstellt (Praxis/Klinik):

Vorerkrankungen: Bitte ankreuzen!

Diabetes mellitus Typ 1 () Diabetes mellitus Typ 2 ()

Insulinpflichtig? ja () nein ()

Nehmen Sie Kortison ein? ja, () welche _____ nein ()

Haben Sie Asthma? ja () nein () oder COPD? ja () nein ()

Haben Sie Herz- Kreislauferkrankungen: ja () nein ()

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? ja (), welche? nein ()

ASS () Marcumar () Xarelto () Sonstige _____

Leiden Sie an einer Anämie (Blutarmut)? ja () nein ()

Haben Sie ein Herzschrittmacher? ja () nein ()

Hatten Sie in der Vergangenheit einen Schlaganfall? ja () nein ()

Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen ja () nein (),

welche? _____

Sind Sie HIV-positiv? ja () nein ()

Haben Sie Hepatitis? ja () nein ()

Sind Sie Raucher ja () nein () regelmäßiger Alkoholkonsum ja () nein ()

Leiden Sie an Depressionen? ja () nein ()

Weitere Erkrankungen:

Allergien/Unverträglichkeiten? nein () ja (), welche? _____

Nehmen Sie weitere Medikamente ein:

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger: ja () nein ()

Datum: _____

Unterschrift: _____