



MVZ ORTHOPÄDIE MÜHLENKAMP

ORTHOPÄDIE · UNFALLCHIRURGIE · SPEZIELLE ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE
SPEZIELLE UNFALLCHIRURGIE · RHEUMATOLOGIE · SPORTMEDIZIN

DR. MED. R. THEERMANN · PD DR. MED. C.-H. HARTWIG · DR. MED. K. HÖFKEN
DR. MED. A. PREISS · FRAU J. FISCHER · DR. MED. C. VOGEL

Erkrankungs-(Anamnese)-Fragebogen

Name:

Geb.-Datum:

Vorname:

Staatsangehörigkeit:

Mit diesem Fragebogen wollen wir uns einen Überblick über Ihren Gesundheits-/Krankheitszustand machen. Der beantwortete Fragebogen ermöglicht uns, von Ihnen einen umfassenden Überblick über Ihre nichtorthopädischen Krankheiten zu bekommen. Die Beantwortung der Fragen dient unter anderem der Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch und etwaige zu planende operative Eingriffe.

In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und Sorgfalt zu beantworten.

Wir möchten Sie und Ihre Erkrankungen insgesamt erfassen. Dies dient dazu, Sie mit all Ihren Erkrankungen in ihrem individuellen Gesamtzusammenhang zu sehen.

Falls eine Frage für Sie nicht zu beantworten ist, d.h. auf Sie nicht zutrifft oder Sie dies nicht beantworten können, lassen Sie die Antwort offen.

Wir werden gemäß der Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht Ihre gesamten Angaben vertraulich behandeln. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben freiwillig sind.

Einwilligung zur Datenspeicherung

- Ja, ich willige ein, dass meine Daten aus dem Erkrankungs-(Anamnese)-Fragebogen in meiner Patientenakte gespeichert werden. Diese Daten werden nach 6 Monaten gelöscht, wenn etwaige operative Eingriffe nicht stattfinden.
- Nein, ich möchte nicht, dass diese Daten vorab gespeichert werden.

Datum:

Unterschrift Patient(in):

Erziehungsberechtigte(r):

gesetzliche(r) Vertreter(in)/Übersetzer(in)/Zeuge/Zeugin

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht		N	J	W
1.	Ärztliche Behandlung in letzter Zeit? Weswegen?			

<p>Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht</p>	<p>N</p>	<p>J</p>	<p>W</p>
<p>5. Frühere Operationen/Krankenhausaufenthalte: (Bitte Eingriffsart und Jahr aufschreiben) Gab es bei Voroperationen irgendwelche Komplikationen (z. B. maligne Hyperthermie)?</p> <p>Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus / Reha-Einrichtung / Pflegeheim?</p> <p>Arbeiten Sie im Gesundheitswesen?</p>			
<p>6. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankung(en)?</p> <p>Herz/Kreislauf: (Rhythmusstörungen, Koronare Herzerkrankung, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzoperation, Herzschrittmacher, Stent-Einbau, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzmuskelentzündung, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschwäche) oder?</p> <p>Gefäße: (Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen [Kopf, Arme, Beine, Augen], Krampfadern, Schlaganfall, Schwellungen Beine/Arme) oder?</p> <p>Atemwege/Lunge: (chron. Bronchitis, allergisches Asthma, Bronchialasthma, COPD, restriktive Lungenerkrankung, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung) oder?</p> <p>Leber: (Leberfunktionsstörung, Gelbsucht Typ A, B, C, Leberverhärtung, Leberverfettung, Gallensteine) oder?</p>			

<p>Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht</p>	<p>N</p>	<p>J</p>	<p>W</p>
<p>Nieren/Harnwege: (Nierenerkrankungen, chron. Nierenbeckenentzündung, Dialysepflicht, Nierensteine, Prostataerkrankungen, Blasenerkrankungen, Blasenschwäche oder?)</p> <p>Speiseröhre/Magen/Darm: (Magenerkrankungen, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Speiseröhrenverengung, Verdauungsstörungen, chronische Entzündung des Magen-Darm-Traktes, Sodbrennen, Refluxkrankheit, Durchfall, Verstopfung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten) oder?</p> <p>Stoffwechsel: (Zuckerkrankheit [tablettenpflichtig/insulinpflichtig], Gicht, Schilddrüsenunter-/überfunktion, Übergewicht/Untergewicht, Nebennierenerkrankung) oder?</p> <p>Skeletterkrankungen: (Wirbelsäulenerkrankungen, Gelenkerkrankungen, Osteoporose, chronische rheumatische Erkrankungen) oder?</p> <p>Nerven/Gemüt: (Krampfanfälle, Anfallsleiden, Lähmungen, Zustand nach Schlaganfall, Depressionen, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, Kopfschmerzen, Schwindel, Migräne, psychische Erkrankungen, Schlafstörungen, Angststörungen) oder?</p>			

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
<p>Augen: (Grüner Star, grauer Star, Kurz-/Weit-/Alterssichtigkeit, Brille, Kontaktlinsen, Schielen) oder?</p> <p>Ohren: (Trommelfellschaden, Tinnitus, Schwerhörigkeit, M. Menière, Hörgerät) oder?</p> <p>Zähne: (Karies, chron. Entzündungen im Mundbereich, Zahnersatz, Krone, Brücke, Stiftzahn, Prothese) oder?</p> <p>Blut: (Gerinnungsstörungen, Faktorenmangel, Blutmangel [Anämie], häufiges Nasenbluten, Nachblutungen/verstärkter Blutverlust nach Operationen/ Zahnentfernungen) oder?</p> <p>Muskeln: (Muskelschwäche, Muskelerkrankungen [systemisch, lokal], Myasthenie, Weichteilrheuma, Fibromyalgie) oder?</p> <p>Allergien/Überempfindlichkeiten: (Pollen, Gräser, Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Eiweiße, Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Gummi, Kontrastmittel, Metalle) oder?</p>			

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
<p>Hauterkrankungen: (Schuppenflechte, Hautentzündungen, Ekzeme, offenes Bein, Pilzerkrankungen, Wundheilungsstörungen oder chronisch nässende Hautleiden?)</p> <p>Kam es früher bei Wunden/Brandverletzungen zu Eiterungen, verzögerten Heilungen, starken Narbenbildungen oder anderen Komplikationen?</p> <p>Andere, bisher nicht genannte Erkrankungen/Behinderungen? Welche?</p> <p>Unfälle? Wann/Was/Wo?</p> <p>Chronische Schmerzen, Schmerzzustände? Wenn ja, welche?</p>			

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht		N	J	W
7.	Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten, was bisher nicht erwähnt wurde?			
8.	Arbeiten Sie in der Landwirtschaft (Viehzucht) oder in einem Schlachtbetrieb? Haben Sie ein Haustier?			
9.	Außerdem benötigen wir noch persönliche Daten. Verraten Sie uns Ihre Maße? Größe: cm Gewicht: kg			
10.	Zusatzfragen für etwaige ambulante Operationen: a. Werden Sie nach dem Eingriff abgeholt? b. Werden Sie in den nächsten 24 Stunden zu Hause betreut? c. Wie ist Ihre Wohnsituation (Etagenwohnung, welches Geschoss, Fahrstuhl, Haus – Treppen zum Schlafbereich)?			
11.	Ihr Hausarzt ist: Name: Straße: Plz/Ort: Telefonnummer:			
	Die Fragen nach der Krankheitsvorgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet.			
	_____ Datum _____ Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)/Übersetzer(in)/Zeuge/Zeugin			