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

Erkrankungs-(Anamnese)-Fragebogen

Name: . . . . . **Geb.-Datum:** . . . . . .

Vorname: . . . . . **Staatsangehörigkeit:** . . . . . .

Geburtsname: . . . . . **Geburtsort:** . . . . . .

E-Mail-Adresse: . . . . . .

Mit diesem Fragebogen wollen wir uns einen Überblick über Ihren Gesundheits-/Krankheitszustand machen. 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.

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?			

© F011 web – 03/2026

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. **N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht**	**N**	**J**	**W**
2.	**Liegt bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z. B. HIV), Immundefekte, Immunerkrankungen, MRSA Infektionen, vor?** Wenn ja, welche?			
3.	**Haben Sie gerinnungshemmende Medikamente in den letzten Monaten eingenommen** (z.B. Aspirin, ASS, Macumar, Ticlopidin, Clopidogrel o.ä.)? Wenn ja, welche(s)?			
4.	**Einnahmen anderer Medikamente?** (z.B. Blutdruckmittel, Herzmedikamente, Zuckertabletten, Schmerzmittel, Antibabypille, Cortisonpräparate, Antiepilepsiemedikamente, Psychopharmaka, usw.)			
5.	**Frühere Operationen/Krankenhausaufenthalte:** (Bitte Eingriffsart und Jahr aufschreiben) Gab es bei Voroperationen irgendwelche Komplikationen (z. B. maligne Hyperthermie)? Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus / Reha-Einrichtung / Pflegeheim? Arbeiten Sie im Gesundheitswesen?			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
6.	**Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankung(en)?** **Herz/Kreislauf:** (Rhythmusstörungen, Koronare Herzerkrankung, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzoperation, Herzschrittmacher, Stent-Einbau, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzmuskelentzündung, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschwäche) oder? **Gefäße:** (Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen [Kopf, Arme, Beine, Augen], Krampfadern, Schlaganfall, Schwellungen Beine/Arme) oder? **Atemwege/Lunge:** (chron. Bronchitis, allergisches Asthma, Bronchialasthma, COPD, restriktive Lungenerkrankung, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung) oder? **Leber:** (Leberfunktionsstörung, Gelbsucht Typ A, B, C, Leberverhärtung, Leberverfettung, Gallensteine) oder? **Nieren/Harnwege:** (Nierenerkrankungen, chron. Nierenbeckenentzündung, Dialysepflicht, Nierensteine, Prostataerkrankungen, Blasenerkrankungen, Blasenschwäche oder?			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
	Speiseröhre/Magen/Darm: (Magenerkrankungen, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Speiseröhrenverengung, Verdauungsstörungen, chronische Entzündung des Magen-Darm-Traktes, Sodbrennen, Refluxkrankheit, Durchfall, Verstopfung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten) oder?			
	Stoffwechsel: (Zuckerkrankheit [tablettenpflichtig/insulinpflichtig], Gicht, Schilddrüsenunter-/überfunktion, Übergewicht/Untergewicht, Nebennierenerkrankung) oder?			
	Skeletterkrankungen: (Wirbelsäulenerkankungen, Gelenkerkrankungen, Osteoporose, chronische rheumatische Erkrankungen) oder?			
	Nerven/Gemüt: (Krampfanfälle, Anfallsleiden, Lähmungen, Zustand nach Schlaganfall, Depressionen, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, Kopfschmerzen, Schwindel, Migräne, psychische Erkrankungen, Schlafstörungen, Angststörungen) oder?			
	Augen: (Grüner Star, grauer Star, Kurz-/Weit-/Alterssichtigkeit, Brille, Kontaktlinsen, Schielen) oder?			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
	Ohren: (Trommelfellschaden, Tinnitus, Schwerhörigkeit, M. Menière, Hörgerät) oder?			
	Zähne: (Karies, chron. Entzündungen im Mundbereich, Zahnersatz, Krone, Brücke, Stiftzahn, Prothese) oder?			
	Blut: (Gerinnungsstörungen, Faktorenmangel, Blutmangel [Anämie], häufiges Nasenbluten, Nachblutungen/verstärkter Blutverlust nach Operationen/ Zahnentfernungen) oder?			
	Muskeln: (Muskelschwäche, Muskelerkrankungen [systemisch, lokal], Myasthenie, Weichteilrheuma, Fibromyalgie) oder?			
	Allergien/Überempfindlichkeiten: (Pollen, Gräser, Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Eiweiße, Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Gummi, Kontrastmittel, Metalle) oder?			
	Hauterkrankungen: (Schuppenflechte, Hautentzündungen, Ekzeme, offenes Bein, Pilzerkrankungen, Wundheilungsstörungen oder chronisch nässende Hautleiden?)			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. **N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht**	**N**	**J**	**W**
	Kam es früher bei Wunden/Brandverletzungen zu Eiterungen, verzögerten Heilungen, starken Narbenbildungen oder anderen Komplikationen? **Andere, bisher nicht genannte Erkrankungen/Behinderungen?** Welche? **Unfälle?** Wann/Was/Wo? **Chronische Schmerzen, Schmerzzustände?** Wenn ja, welche? **Zustand nach Tumorerkrankungen (z.B. Brustkrebs o.ä.)** Wenn ja, wann, wo, wie behandelt?			
7.	**Rauchen:** Wenn ja, was und wie viel täglich?			
8.	**Trinken (Alkohol):** Wenn ja, was und wie viel täglich?			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. **N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht**	**N**	**J**	**W**
9.	**Drogenkonsum:** Wenn ja, welche und wie viel täglich?			
10.	**Häufige Einnahmen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln?** Wenn ja, was und wie viel täglich?			
11.	**Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten, was bisher nicht erwähnt wurde?**			
12.	**Liegt eine Schwerbehinderung vor?**			
13.	**Arbeiten Sie in der Landwirtschaft (Viehzucht) oder in einem Schlachtbetrieb?** **Haben Sie ein Haustier?**			
14.	**Außerdem benötigen wir noch persönliche Daten. Verraten Sie uns Ihre Maße?** **Größe: cm Gewicht: kg**			
15.	**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)?**			

	Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. N = Nein, J = Ja, W = Weiß ich nicht	N	J	W
16.	**Ihre Hausärztin / 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**			