

Anamnesebogen Kasse

Angaben zum Patienten	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
E-Mail und Telefonnummer:	
Name und Telefonnummer nächster Angehöriger (für den Notfall):	
Name und Anschrift von Ihrem niedergelassenen Orthopäden:	
Wie sind Sie auf unser MVZ aufmerksam geworden?	
Berufliche Tätigkeit:	
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	☐ Ja ☐ Nein
Gesetzliche Versicherung	
Name der Versicherung:	
Zusatzversicherung	Name der Versicherung: ☐ 1-Bett Zimmer ☐ 2-Bett Zimmer ☐ Wahlarztleistung
Bei Minderjährigen: Vorname, Name, Geb.-Datum, Anschrift des Hauptversicherten:	



SPORTHEUM

Angaben zu Ihrer Gesundheit	
Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?	
Hatten Sie einen Unfall?	☐ Ja ☐ Nein Unfalltag: _____
Welche Diagnostik wurde bereits durchgeführt?	☐ Röntgen ☐ MRT ☐ CT ☐ keine
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Ja ☐ Sportart: _____ Nein ☐
Haben Sie Allergien?	☐ Ja, folgende: _____ ☐ Nein
Liegen akute oder chronische Erkrankungen vor? (z.B. Diabetes, Lebererkrankung, Blutungsneigung, Thromboseneigung, Asthma/COPD, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Rheuma, Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, Tbc, etc.), ...)	☐ Ja, folgende: _____ ☐ Keine Vorerkrankung bekannt
Bei Frauen: Sind Sie Schwanger?	☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ Ja, folgende: _____ ☐ Nein

Fellbach, den _____

Unterschrift (Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam