



# Praxis Bergstraße

Orthopädie & Naturheilverfahren  
Dr. med. Boris Bakki

handyfreie Zone

## ANAMNESEBOGEN

Name	Vorname	Geb. Dat.
Adresse		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Mobil-Telefon
Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r	Name, Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Größe in cm	Gewicht in Kg
Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher	
Anschrift Hausarzt:		
Wie haben Sie von uns erfahren?		
Unsere Praxis richtet sich an privat Versicherte und Selbstzahler. Ich bin <input type="checkbox"/> privat versichert , Versicherung: <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Selbstzahler		

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

**Arbeitsunfall / Schulunfall?**  ja  nein: Wenn ja, bitte beachten Sie unseren Hinweis unter <https://www.praxisbergstrasse.de/arbeits-und-schulunfaelle/>

Wie hoch ist Ihr Leidensdruck in Bezug auf diese Beschwerden? Bitte ankreuzen.

                            

**gering** **hoch**

Welche Zielvorstellung haben Sie bezogen auf unsere Therapie?

Was wurde bisher gemacht und welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?  
(Hausarzt, andere Kollegen, Medikamente, Spritzen, Krankengymnastik, Röntgen, Kernspintomografie/MRT, Labor?)

Welche Therapie hat Ihnen davon am meisten geholfen ?

➔ weiter auf Seite 2

Was führt zur Besserung, was zur Verschlechterung der Beschwerden ?	
Bisher bei Ihnen durchgeführte Operationen?	
Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Rheuma, Fibromyalgie, Kiefererkrankungen, Herzerkrankungen, Viruserkrankungen, Krebserkrankungen, Zeckenbisse usw. ?)	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Dosierung
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Aspirin, Marcumar, Plavix, Iscover usw. ein?	
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Präparate (z.B. Globuli) ein?	
Hatten Sie früher einen Unfall – auch Stürze während der Kindheit z.B. auf Steiß und Hinterkopf?	
War jemals eine Unverträglichkeit / Allergie auf Gräser/Pollen, Medikamente, Injektionen, Schmerzspritzen und Metalle festgestellt worden? Wenn ja, worauf?	
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
Haben Sie Metallimplantate im Körper (z.B. künstliche Gelenke, Stent, Platten, Schrauben, Schrittmacher usw. ) ?	

➔ weiter auf Seite 3

Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Schuhehöhung, Bandagen) ?

**Zusatzfragen, bitte Zutreffendes ankreuzen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit seit ...../...../.....                | <input type="checkbox"/> Kraftverlust und Sturzneigung         |
| <input type="checkbox"/> Fieber – Nachtschweiß – Infekt                           | <input type="checkbox"/> Häufig Knochenbrüche                  |
| <input type="checkbox"/> Durchfall  | <input type="checkbox"/> Ruhe- und Nachtschmerzen              |
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung  | <input type="checkbox"/> Psychische Probleme                   |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung   | <input type="checkbox"/> Depression                            |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung                                  | <input type="checkbox"/> Schwindel                             |
| <input type="checkbox"/> Häufige Gelenkschwellung und längeres Steifigkeitsgefühl | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen – Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung   | <input type="checkbox"/> Aufbissschiene                        |
| <input type="checkbox"/> Zeckenbiss   | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand – Beinverkürzung    |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                         |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum / rauchen ...../ Tag                    | <input type="checkbox"/> Größenverlust                         |

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem Ersttermin mit.

**Liebe Patienten/Patientinnen,**

**unsere Praxis ist eine handyfreie Zone**

Die handyfreie Zone gilt in gesetzlichen Tabuzonen wie Krankenhäusern, Arztpraxen und Flugzeugen. Die Funkwellen des Handys können die empfindliche Elektronik medizinischer Geräte oder anderer Geräte stören. Das Anfertigen von Fotos in der Arztpraxis ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt. Auch mit Rücksicht und Respekt vor mitwartenden Patienten bitten wir Sie, Ihr Handy vor dem Betreten unserer Praxis vollständig auszuschalten.

**Datenschutzhinweis:** <https://www.praxisbergstrasse.de/datenschutzhinweis/>

Vielen Dank.

Ihr Team Praxis Bergstraße