

Privat Sprechstunde Rücken & Wirbelsäule

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| | | Mobil-Nummer |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | |
| Krankenversicherung / Kostenträger | | Email |
| Größe in cm | | |
| Gewicht in kg | | |
| Beruf | | |
| sportliche Aktivitäten? | | |
| Schwangerschaft | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unsicher | |
| Kinder | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Stillen Sie derzeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wie haben Sie von uns erfahren? | <input type="radio"/> anderer Arzt <input type="radio"/> google | <input type="radio"/> Freunde / Bekannte <input type="radio"/> jameda <input type="radio"/> Homepage <input type="radio"/> andere: _____ |

Wir behandeln vornehmlich Rückenbeschwerden. Vor Ort keine Röntgenuntersuchungen: Bei Unfällen wenden Sie sich an eine Unfallpraxis oder an die umliegenden Notaufnahmen. Bei Arbeits- /Schulunfällen beachten Sie unsere Hinweise zur eingeschränkten Arztwahl: <https://www.praxisbergstrasse.de/arbeits-und-schulunfaelle/>

Bitte schildern Sie uns Ihr gesundheitliches Anliegen:

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

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

gering hoch

Welche Erwartung bzw. Zielvorstellung haben Sie im Hinblick auf Ihre Vorstellung in unserer Praxis?

Was wurde bisher gemacht und welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

(Hausarzt, andere Kollegen, Medikamente, Spritzen, Krankengymnastik, Röntgen, Kernspintomografie, Labor?)

Welche Therapie hat Ihnen davon am meisten geholfen?

Haben Sie Befunde darüber(z.B. Arztbriefe, Röntgen-, MRT-CD´s)?

Bringen Sie die Unterlagen bei Ihrem Besuch mit und geben diese an der Anmeldung ab.

Was führt zur Verschlechterung ? z.B.

- bestimmte Haltung
- Gehen
- Husten
- Stress / Ärger / Angst
- liegen / Ruhe
- sitzen
- stehen
- Wetterwechsel
- Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
- andere Gegebenheiten:

Was führt zur Linderung ? z.B.

- Ablenkung
- Änderung der Haltung / Lagewechsel
- Entspannung
- Kälte
- Wärme
- leichte Bewegung
- liegen / Ruhe
- positives Denken
- Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
- andere Gegebenheiten:

Gibt es Begleitscheinungen? z.B.

- Ausstrahlung
- Taubheit / Missempfindung
- Schwäche / Kraftminderung / Stolpern
- Schwindel
- Schwellung / Ergussneigung
- Instabilitätsgefühl
- Andere Begleitscheinungen:

Bisher bei Ihnen durchgeführte Operationen?

Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie?

- | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Viruserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |

andere Vorerkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Dosierung

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Aspirin, Marcumar, Plavix, Iscover, Xarelto ein? Andere?

- keine

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Präparate (z.B. Globuli) ein?

Hatten Sie früher einen Unfall?

War jemals eine Unverträglichkeit / Allergie auf Gräser, Pollen, Medikamente, Injektionen, Schmerzspritzen und Metalle festgestellt worden? Wenn ja, worauf? Bitte ggf. vorhandenen Allergiepass mitbringen.

→ weiter auf Seite 3 von 3

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Haben Sie Metallimplantate im Körper?

(z.B. künstliche Gelenke, Stent, Platten, Schrauben, Schrittmacher, andere?)

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

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"/> Häufige Gelenkschwellung und längeres Steifigkeitsgefühl | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen – Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand – Beinverkürzung |
| <input type="checkbox"/> Zeckenbiss | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Größenverlust |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum / rauchen/ Tag | |

Haben Sie grippeähnliche Symptome (Schnupfen, Husten, Fieber)? O ja O nein

Corona-Impfung / Booster erfolgt? O ja O nein

Corona-Impfung / Booster in den nächsten 14 Tagen? O ja O nein

Lassen Sie uns bitte den ausgefüllten Anamnesebogen zur Vorbereitung vorab zukommen.

Wir bitten Sie das Handy während Ihres Praxisbesuches stumm zu schalten oder auszuschalten.

Das Anfertigen von Fotos in der Arztpraxis ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt.

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

Vielen Dank, Ihr Praxisteam

Praxis Bergstraße, Privatpraxis für konservative Wirbelsäulentherapie
Dr. med. Boris Bakki, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Bergstraße 34, 69120 Heidelberg

Seite 3 von 3

Tel: 06221-656979-0 | Email: drbakki@praxisbergstrasse.de | Website: www.praxisbergstrasse.de