

# Anamnesebogen - online

Privat Rückensprechstunde Dr. med. Boris Bakki

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	<b>Mobil-Nummer</b>
Krankenversicherung / Kostenträger		<b>E-Mail</b>
Größe in cm .....	Gewicht in kg .....	Beruf .....
Kinder sportliche Aktivitäten?	O ja      O nein	Schwangerschaft? O ja    O nein    O unsicher
Wie haben Sie von uns erfahren?	O anderer Arzt O google / jameda	O Freunde / Bekannte O Homepage
		O Physiotherapeut/in O andere .....

**Ergänzend zur orthopädischen Therapie interessiere ich mich für folgende Behandlungswege:**

- Rückentraining in unserer Praxis
- Massage
- Naturheilverfahren / sanfte Therapieanwendungen
- andere .....
- Osteopathie
- keine Präferenzen
- Akupunktur

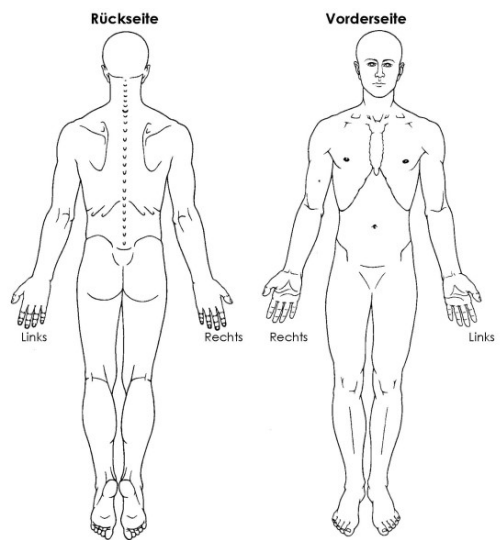
Unsere Gebühren werden in der Regel von den privaten Versicherungen und der Beihilfe übernommen.

Im Falle eines Arbeits- oder Schulunfalles beachten Sie bitte vorab unsere Hinweise zur gesetzlich eingeschränkten Arztwahl:

<https://www.praxisbergstrasse.de/arbeits-und-schulunfaelle/>

**Bitte schildern Sie Ihr gesundheitliches Anliegen:**

- Ich habe keine Beschwerden, möchte aber präventiv behandelt werden



Seit wann haben Sie diese Beschwerden? .....

Wie hoch ist Ihr Leidensdruck in Bezug auf diese Beschwerden?

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 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 Begleiterscheinungen? z.B.**

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

**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                    |  |

Lassen Sie uns bitte den ausgefüllten Anamnesebogen zur Vorbereitung vorab zukommen. Wir bitten Sie das Handy während Ihres Praxisbesuches stumm zu schalten. Das Anfertigen von Fotos in der Arztpraxis ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt.

Vorbereitung Arzttermin



Datenschutzhinweis



*Vielen Dank, Ihr Praxisteam*

 **Praxis Bergstraße**  
Privatpraxis für Ihre  
Rückengesundheit

Dr. med. Boris Bakki  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Osteopathie, Naturheilverfahren, Akupunktur, Wirbelsäulentraining  
Bergstraße 34, 69120 Heidelberg

Tel: 06221-656979-0  
drbakki@praxisbergstrasse.de  
[www.praxisbergstrasse.de](http://www.praxisbergstrasse.de)