

Anamnese Neuvorstellung Privatpraxis

Rückensprechstunde Dr. med. Boris Bakki

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

→ BESCHREIBEN SIE IHR ANLIEGEN / BESCHWERDEN:

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

☐ Ich habe keine Beschwerden, möchte aber präventiv behandelt werden

Wie hoch ist Ihr Leidensdruck in Bezug auf diese Beschwerden?

gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ hoch

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

Was wurde bisher gemacht und welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

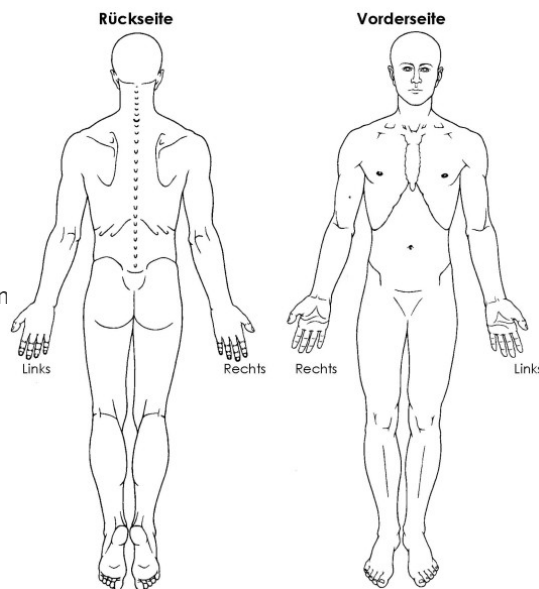
(Hausarzt, andere Kollegen, Medikamente, Spritzen, Krankengymnastik, Röntgen, Kernspintomografie, Labor?)

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.

→ BITTE BESCHWERDEN EINZEICHNEN:



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 Begleiterecheinungen? z.B.

- | | |
|---|---|
| ☐ Ausstrahlung | ☐ Schwellung / Ergussneigung |
| ☐ Taubheit / Missempfindung | ☐ Instabilitätsgefühl |
| ☐ Schwäche / Kraftminderung / Stolpern | ☐ Andere Begleiterecheinungen: |
| ☐ Schwindel | |

Bisher bei Ihnen durchgeführte Operationen?**Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie?**

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Krebserkrankung | ☐ Bandscheibenvorfall |
| ☐ Diabetes | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Osteoporose | ☐ Herzerkrankung |
| ☐ Rheuma | ☐ Lebererkrankung | ☐ Schlaganfall | ☐ Viruserkrankung |
| ☐ Asthma / COPD | ☐ Blutungsneigung | ☐ Herzinfarkt | ☐ 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?****Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

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**

Hatten Sie früher einen Unfall?

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:

☐ Arbeitsunfähigkeit seit/...../.....

☐ Fieber – Nachtschweiß – Infekt

☐ Durchfall

☐ Augenentzündung

☐ Hauterkrankung

☐ Häufige Gelenkschwellung und längeres
Steifigkeitsgefühl

☐ Blasenentzündung

☐ Zeckenbiss

☐ Gewichtsverlust

☐ Zigarettenkonsum / rauchen/ Tag

☐ Kraftverlust und Sturzneigung

☐ Häufig Knochenbrüche

☐ Ruhe- und Nachtschmerzen

☐ Psychische Probleme

☐ Depression

☐ Zähneknirschen – Kiefergelenkprobleme

☐ Beckenschiefstand – Beinverkürzung

☐ Kopfschmerzen

☐ Größenverlust

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

**Erscheinen Sie bei
Neuvorstellung bitte
15 min. vor Ihrem
gebuchten Termin**



Datenschutzhinweis



Vielen Dank, Ihr Praxisteam

 **Praxis Bergstraße**
Privatpraxis für Ihre
Rückengesundheit

Dr. med. Boris Bakki

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Medizinische Trainingstherapie, Osteopathie, Naturheilverfahren, Akupunktur

Bergstraße 34, 69120 Heidelberg

Tel: 06221-656979-0

drbakki@praxisbergstrasse.de

www.praxisbergstrasse.de