



DR. MED. MICHAEL KÜBLER

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
D-Arzt der Berufsgenossenschaften

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie den vorliegenden Anamnesebogen vollständig und sorgfältig aus. Sie unterstützen uns damit bei der Diagnostik und Therapie Ihrer vorliegenden Erkrankung / Verletzung und helfen uns - in Ihrem Interesse - unerwünschte Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der von uns verordneten Medikamente auf ein minimales Maß zu reduzieren. **Teilen Sie uns bitte etwaige Änderungen deshalb unaufgefordert bei Ihrem nächsten Besuch mit!**

Stammdaten		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefon / Kontakt
Beruf ^{*)}	Hausarzt	

*) Die Angabe des Berufes ist unter anderem wichtig für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, für Arbeitsunfälle sowie für etwaige Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. private Unfallversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Haftpflichtversicherungen).

Vorerkrankungen und Dauermedikation
<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen bekannt
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Gefäßkrankung (Periphere arterielle Verschlusskrankheit)
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung (z.B. Faktor V - Leiden Mutation)
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung (z.B. bekannte Hämophilie)
<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz
<input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Sonstige wichtige Vorerkrankungen: _____

Allergien auf Medikamente
<input type="checkbox"/> Keine Allergien bekannt
<input type="checkbox"/> Antibiotika
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel
<input type="checkbox"/> Niedermolekulares Heparin ("Thrombosespritzen")
Wirkstoffe - falls bekannt - bitte angeben: _____

Blutverdünnende Medikamente
<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> ASS (Aspirin®) <input type="checkbox"/> Marcumar® <input type="checkbox"/> Xarelto® <input type="checkbox"/> Eliquis®
<input type="checkbox"/> Lixiana® <input type="checkbox"/> Pradaxa®
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben) _____ _____

Einliegende Implantate / Fremdkörper
<input type="checkbox"/> Keine einliegenden Implantate vorhanden
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksendoprothese
<input type="checkbox"/> Kniegelenksendoprothese
<input type="checkbox"/> Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten, Drähte etc. nach OPs)
<input type="checkbox"/> Metallische Fremdkörper (z.B. Bekannter Metallsplitter)
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / ICD / Neuromodulator
<input type="checkbox"/> Schmuck (Dermal anker, Piercings, etc.) _____
<input type="checkbox"/> Sonstige Implantate oder Fremdkörper (bitte Region angeben): _____

Ort, Datum

 Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter