



JOHANNITER

**Johanniter
Medizinisches Versorgungszentrum
Treuenbrietzen GmbH**

Johanniterstraße 1
14929 Treuenbrietzen
www.mvz-treuenbrietzen.de

**Orthopädische Praxis
Anne Feldner**

Tel. 033748 8-2665
Fax 033748 8-2038
E-Mail orthopaedie@mvz-treuenbrietzen.de

Anamnesebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.Nr.: _____ privat: _____

Mobil: _____ ☐ SMS-Benachrichtigung

E-Mail: _____ ☐ E-Mail-Benachrichtigung

(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben!)

Beruf / Tätigkeit: _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Liegt eine Erwerbsminderung vor? ☐ nein ☐ ja
Liegt ein Grad der Behinderung vor? ☐ nein ☐ ja Grad _____

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? ☐ ja ☐ nein

Rauchen: ☐ nein ☐ ja

Allergien: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit: ☐ nein
☐ ja, welche: _____

Haben oder hatten sie eine der folgenden Erkrankungen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 (Coronavirus) | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: _____ | | |

Haben Sie eine Gelenkprothese? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wo / seit wann? _____

Knochenbrüche: ☐ nein ☐ ja
wenn ja, welche und wann: _____

bitte wenden! →

Operationen: _____

aktuelle Medikation:

blutgerinnungshemmende Medikation: (z.B. Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto, Eliquis etc.)

☐ nein ☐ ja welche? _____

weitere Medikamente:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

Röntgenuntersuchungen: _____

Rehabilitationsmaßnahmen: _____

Hilfsmittelverordnung: _____

Krankengymnastik/Sportliche Aktivitäten: welche? _____

wie oft? _____x Woche _____x Monat

Befundauskunft darf erfolgen an (Angehörige etc.):

Einwilligung über Aushändigung von Verordnungen

Ich bin damit einverstanden, dass folgenden Personen:

(Vor- und Nachname und Geburtsdatum):

meine Verordnungen (Rezepte, Überweisungen, etc.) ausgehändigt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!