

# Anamnesebogen



**DR. KOSUB  
DR. SENDER**  
ORTHOPÄDIE

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Größe	Gewicht	Hausarzt	Beruf
Beschwerden		seit	Vorbehandlung durch

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (z. B. Schmerzmittel, Blutdrucksenker, Blutverdünner/ Gerinnungshemmer wie z.B. Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Brilique, ASS o.a., oder sonstige Medikamente, die Sie einnehmen.) Bitte auflisten.**

---

---

---

---

Falls Sie einen Medikamentenplan haben, geben Sie diesen gerne zum Kopieren an der Anmeldung ab

**Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? Bitte ankreuzen bzw. auflisten.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Apoplex (Schlaganfall)     | wenn ja, wann? _____  |
| <input type="radio"/> Herzkrankheit              | wenn ja, welche? _____  |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung      | wenn ja, welche? _____  |
| <input type="radio"/> Bösartige Tumorerkrankung  | wenn ja, welche? _____  |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung     | <input type="radio"/> Osteoporose   |
| <input type="radio"/> Chronisches Schmerzsyndrom | <input type="radio"/> Rückenmarkskanalenge  |
| <input type="radio"/> Gefäßverkalkung            | <input type="radio"/> Nierenerkrankung  |
| <input type="radio"/> Polyneuropathie            | <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankung   |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose          | <input type="radio"/> Depressionen  |
| <input type="radio"/> Epilepsie (Anfallsleiden)  | <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ II |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD              | <input type="radio"/> Schlafapnoe   |

**Sonstige Erkrankungen / Allergien / Unverträglichkeiten oder Bemerkungen:**

---

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank – Ihr Praxisteam!