

ANAMNESEBOGEN

Priv.-Doz. Dr. med.

**ELIAS
VOLKMER**
Handchirurgie

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Email

Telefon

Beruf

Dr. med.

DANIEL LONIC
Plastische und
Ästhetische Chirurgie
Handchirurgie

VERSICHERUNGSSTATUS

- privat versichert
 Beihilfe
 Standard
 Vollversichert
- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
- zusatzversichert
 nicht versichert
- Arbeitsunfall
 kein Arbeitsunfall

BEHANDELNDE ÄRZTE

Überweisender Arzt

Hausarzt

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- Bluthochdruck ja nein
- Asthma bronchiale ja nein
- COPD ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Nierenerkrankung, Dialyse ja nein
- Diabetes ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Rheuma ja nein

Bitte zutreffendes unterstreichen:

- Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP, Herzschwäche ja nein
- Herzklappenersatz, Herzklappenfehler ja nein
- Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Osteoporose, Bisphosphonattherapie ja nein
- Krampfanfälle, Epilepsie, Depression ja nein
- Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix? ja nein
- HIV-positiv, AIDS ja nein

- Allergien ja nein
Welche?
- Hepatitis A, B, Hepatitis C ja nein
Welche?
- Krebserkrankung ja nein
Welche? Seit wann?
- Bestrahlungstherapie ja nein
Wann?
- Chemotherapie ja nein
Wann?
- Blutgerinnungsstörung ja nein
Welche?
- Sind Sie schwanger? ja nein
Welche Woche?
- Nehmen Sie Medikamente? ja nein
Welche?

ANGABEN ZUR BETROFFENEN HAND

- Welche Hand ist betroffen? links rechts
- Sind Sie Links- oder Rechtshänder? links rechts
- Wurde diese Hand bereits operiert? ja nein
- Weshalb?
- Wer hat die OP durchgeführt?
- Wann wurde die OP durchgeführt?
- Hatten Sie einen diese Hand betr. Unfall? ja nein
Wann?
- Was ist passiert?

- Haben Sie Schmerzen in Ruhe?
keine stärkste
- Haben Sie Schmerzen bei Belastung?
keine stärkste
- Kribbeln oder Taubheit in den Fingern? ja nein
Wo genau?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Jameda, Google, Facebook, persönliche Empfehlung)?

Ich bin zum Zwecke der Abrechnung mit der Weitergabe der erforderlichen Informationen, Daten und notwendigen Unterlagen an Dritte ausdrücklich einverstanden.

Datum / Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Unterschrift Arzt