

Dr. Finkelstein

Privatpraxis für Orthopädie & Unfallchirurgie

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Frau/Herr !

Im Rahmen unserer Anamnese suchen wir sehr gewissenhaft nach allen möglichen kausalen Zusammenhängen in Bezug auf Ihr derzeitiges Beschwerdebild. Nehmen Sie sich bitte Zeit für die Beantwortung unserer Fragen. Für Sie **scheinbar unwichtige** Details können womöglich von großer Bedeutung für den Therapieansatz sein.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

E-Mail: _____ Telefon (wann erreichbar): _____

Gewicht: _____ Größe: _____ Blutdruck: _____ Puls: _____

Anamnese:

1. Beschreiben Sie bitte die Entwicklung Ihrer derzeitigen Beschwerden in chronologischer Reihenfolge:

2. Gab es frühere schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen (bitte auch zeitlich einordnen)? Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper zurück geblieben? Wenn ja, wo?

3. derzeitiger bzw. eventuell früherer langjähriger Beruf :

4. Art und Umfang sportlicher Aktivität:

Dr. Matthias Christian Finkelstein

Facharzt für Orthopädie • Chirotherapie • Physikalische Therapie • Sportmedizin • Osteologie • Akupunktur

Albert-Einstein-Str. 2
12489 Berlin

fon 030.63 922 475
fax 030.63 922 476

e-mail info@praxis-finkelstein.de
www praxis-finkelstein.de

Hypovereinsbank Berlin
BLZ 100 208 90
Konto 35 49 85 403

5. bekannte erbliche Belastungen in der Familie:

6. Impfungen:

7. bekannte Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

8. Können Sie chronische Erkrankungen bzw. Beschwerden genauer lokalisieren und benennen?
 - a) Kopfbereich: Augen Ohren
 Kieferhöhlen Mandeln

 - b) Verdauungsorgane: Leber Galle
 Magen Bauchspeicheldrüse
 Darm

 - Verdauungsstörungen:
Blähungen Stuhlgang wie oft Konsistenz

 - c) Niere/ Blase
 - d) Herz
 - e) Lunge
 - f) Schilddrüse

 - g) Unterleibserkrankungen:
Frauen: Geburten Fehlgeburten
 1. Regel letzte Regel:
Operationen (Ausschabungen, Polypen,...)
Eierstöcke (Entzündungen, Operationen, Cysten,...)
Männer: Prostata (Beschwerden, Operationen)
 Hodenentzündungen

 - h) Knochen / Gelenke:

9. Geschlechtskrankheiten:
10. Stoffwechselerkrankungen: (Diabetes, Gicht,...)
11. Kinderkrankheiten:

12. Derzeitige Medikamente: Nikotin: Alkohol:

13. Wann war die letzte ärztliche Untersuchung, was wurde untersucht – welche Werte waren verändert?

14. Krebsvorsorge: Sind Sie in regelmäßiger Untersuchung? Wann zuletzt?

15. Tragen Sie durch Ihren Zahnarzt bitte folgende Informationen zusammen:

Letzter Zahnarztbesuch:

Zahnfüllmaterialien:

Zahnstatus:

Oben **rechts** (1. Quadrant)

oben **links** (2. Quadrant)

Unten **rechts** (4. Quadrant)

unten **links** (3. Quadrant)

X = fehlt, O = Keine Vitalität, W = Wurzelbehandelt, F = Füllung, K = Krone, B = Brücke, P= Prothetik

16. Bitte Schmerzverlauf oder Lokalisation kurz beschreiben:

Sind die Schmerzen veränderlich? Wenn ja wie:

kein Effekt besser schlechter

Bewegung

Sitzen

Stehen

Gehen

Liegen

Nachts

Früh morgens

gegen Ende des Tages

während maximaler Aktivität

beim Ausruhen

vor dem Essen

während des Essens

nach dem Essen

2-4 Std. nach dem Essen