

**Villa Buttlar**  
Die Praxisklinik Fritzlär

St.-Wigbert-Straße 30  
34560 Fritzlär  
[www.villa-buttlar.de](http://www.villa-buttlar.de)

**Dr. med. Klaus Röde**  
Facharzt für Orthopädie

Villa Buttlar - Die Praxisklinik Fritzlär · St.-Wigbert-Str. 30 · 34560 Fritzlär

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Datenschutzgründen ist es uns leider nicht möglich, die nachfolgenden Fragen an der  
Anmeldung an Sie zu richten.

Wir bitten Sie daher, den Anamnesebogen auf beiden Seiten wahrheitsgemäß auszufüllen.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

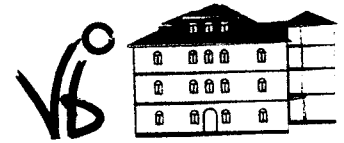
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der elektronischen Übermittlung meiner Daten auf einem gesicherten Weg (z.B. Berichte an den Hausarzt) einverstanden.

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



**Villa Buttlar**  
Die Praxisklinik Fritzlär

St.-Wigbert-Straße 30  
34560 Fritzlär  
www.villa-buttlar.de

**Dr. med. Klaus Röde**  
Facharzt für Orthopädie

Villa Buttlar - Die Praxisklinik Fritzlär · St.-Wigbert-Str. 30 · 34560 Fritzlär

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch in der Orthopädie können Allgemeinerkrankungen von Bedeutung sein.

Damit ich mir ein umfangreiches Bild über Ihren Gesundheitszustand machen kann, bitte ich Sie, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Diese Informationen werden Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt.

Bestehen bei Ihnen insbesondere: (zutreffendes bitte ankreuzen)

		nein	ja
— Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzasthma /Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufkrankungen:	hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Z.n. Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leukämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
— Allergien:	Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Penicillin- Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass? wogegen sind Sie ggf. allergisch ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten:	Hepatitis (A, B oder C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	chron. Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bronchitis / COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsystem	Bitte ggf. jegliche Autoimmunerkrankung aufführen!		

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?

Welche Operationen hatten Sie bereits?

Datum, Unterschrift