Dr. med. Elke Fritzsche
Fachärztin für Orthopädie, Chirotherapie, Sportmedizin, Akupunktur
- ärztliche Osteopathie -
B.-Schmidt-Str. 7-9, 07907 Schleiz, Tel.03663/421461, Fax 03663/421462

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie unsere Praxis erstmalig aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abzustimmen.
Bitte bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit!

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer privat: Handy:

E-Mail-Adresse:

Hausarzt (Name, Ort):

---

derzeit ausgeübte Tätigkeit: Arbeitgeber:

Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Größe: cm Gewicht: kg

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Wo haben sie Beschwerden?

Erfolgte bereits eine Behandlung beim Hausarzt?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche

- ○ Arbeitsunfähigkeit von: bis:
- ○ Spritze
- ○ Physiotherapie welche:
- ○ Tabletten welche:
- ○ sonstige Therapie welche:

Trat durch diese Behandlung eine Besserung der Beschwerden ein? ☐ Ja ☐ nein

---

Nehmen sie blutverdünnende Medikamente (bitte ankreuzen):

- ○ ASS
- ○ Lixiana
- ○ Clopidogrel
- ○ Falithrom
- ○ sonstige welche:
- ○ Eliqis
- ○ Marcumar
- ○ Pradaxa
- ○ Xarelto

- ○ keine blutverdünnenden Medikamente

Eigene Erkrankungen (bitte ankreuzen):

- ○ Diabetes mellitus ○ Typ I ○ Typ II ○ Tabletten ○ Insulin
- ○ Bluthochdruck
- ○ Allergien welche:
- ○ Rheuma
- ○ Blutgerinnungsstörung
- ○ Infektionskrankheiten

○ Keine Begleiterkrankungen

Zurückliegende Operationen, insbesondere orthopädische Operationen:

Monat / Jahr der Operation	Welche Operation	In welcher Einrichtung?

○ keine Operation

Röntgenuntersuchungen, insbesondere von der Region, die Ihnen jetzt Schmerzen bereitet:

Datum der Röntgenaufnahme	Region	In welcher Einrichtung?

○ keine Röntgenuntersuchung

Ist den Beschwerden ein Unfall vorausgegangen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Unfalltag: Unfalluhrzeit: Unfallort:

.....

○ Arbeitsunfall / Schulunfall ○ Wegeunfall ○ Freizeitunfall

.....

Unfallhergang:

.....

Erstbehandlung wann? Durch wen?

Stationär von bis welche Einrichtung:

Sonstiges:

Schleiz, den Unterschrift: