



Meliva Gelenkzentrum, Wilhelmstraße 30, 65183 Wiesbaden

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE DATEN

ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Beruf	Krankenkasse	Haus-/ Kinderärzt:in	Größe	Gewicht
E-Mail	Telefon		Mobil	
Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?		
Ggf. Zimmerart:	☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer	Sind Sie für Wahlleistungen versichert?	Chefärzt:inbehandlung: ☐ ja ☐ nein	
Jetzige Beschwerden:				

VORERKRANKUNGEN

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐ Ja ☐ Nein	2. Diabetes	☐ Ja ☐ Nein	11. Multiple Sklerose	☐ Ja ☐ Nein
Bluthochdruck	☐ ☐	wenn ja: insulinpflichtig?	☐ ☐	12. Atemwegs- erkrankungen:	☐ ☐
Herzrhythmusstörungen	☐ ☐	3. Schilddrüsenerkrankung	☐ ☐	chronische Bronchitis	☐ ☐
Herzinsuffizienz	☐ ☐	4. Epilepsie (Anfallsleiden)	☐ ☐	allergisches Asthma	☐ ☐
Koronare Herzkrankheit (KHK)	☐ ☐	5. Blutgerinnungsstörung	☐ ☐	Asthma bronchiale	☐ ☐
Herzinfarkt	☐ ☐	6. Grüner Star	☐ ☐	Lungenemphysem	☐ ☐
Schlaganfall	☐ ☐	7. Nierenerkrankungen	☐ ☐	COPD	☐ ☐
Durchblutungsstörungen	☐ ☐	8. Lebererkrankungen	☐ ☐	Sonstige:	
Herzschritmacher vorhanden?	☐ ☐	9. erhöhte Leberwerte	☐ ☐		
Defibrillator vorhanden?	☐ ☐	10. erhöhte Blutfettwerte	☐ ☐		
13. Krebserkrankungen	☐ ☐	wenn ja, welche			
14. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, Tuberkulose)	☐ ☐	wenn ja, welche			



15. Infektionen
(z.B. MRSA, MRGN)

☐ ☐ wenn ja, welche _____

16. Allergien

☐ ☐ wenn ja, welche _____ und wann erfolgte
der letzte Allergietest? _____

Ja Nein

17. Obstruktives Schlafapnoe-
Syndrom

☐ ☐ wenn ja, ☐ CPAP ☐ BIPAP ☐ APAP

18. körperliche /geistige
Behinderung

☐ ☐ wenn ja, welche _____

19. Sonstige Erkrankungen
(z.B. Demenz, Bandscheibenvorfall,
Parkinson, Depression etc.)

☐ ☐ wenn ja, welche _____

20. Wurden Sie schon einmal
operiert?

☐ ☐ wenn ja, welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

21. Waren Sie schon einmal
wegen eines Problemkeimes
(resistenten Keimes) in ambulanter
/ stationärer Behandlung?

☐ ☐

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht wenn ja, welche SSW: _____

Konsumieren Sie regelmäßig? ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Drogen ☐ nichts dergleichen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (z.B. ASS, Marcumar):

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle Ärzt:innen des Meliva Gelenkzentrums (oder deren Vertreter) Zugang zu Ihren medizinischen Daten haben, sofern dies zu Ihrer Behandlung erforderlich ist.

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch zu Informationszwecken durch das Meliva Gelenkzentrum genutzt werden darf. (Nähere Informationen erhalten Sie in den Patienteninformationen zum Datenschutz.)

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass

- ☐ die Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH meine Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO an das Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden (Ludwig Erhard Straße 100, 65199 Wiesbaden) und/oder das MVZ Dr. med. Helge Riegel GmbH (Kreuzberger Ring 60, 65205 Wiesbaden) zur Durchführung und Abwicklung von Laboranalysen im Rahmen der Behandlung übermittelt.
- ☐ mein behandelnder Arzt der Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führender Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- ☐ der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Hausarzt (Name + Adresse): _____

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung/Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Nähere Informationen zu den Datenverarbeitungen der Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH können der Datenschutzhinweisung für Patienten entnommen werden.

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben korrekt sind und ich auf die Verarbeitung meiner Daten hingewiesen wurde.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient
(oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen oder Geschäftsunfähigen)