



## ORTHOPÄDIE

im Werkhaus Murnau

Dr. med. Michael Wiendl

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Rheumatologie • Sportmedizin • Chirotherapie • Akupunktur

### Patientenanmeldebogen

#### Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Ihnen die bestmögliche Betreuung zukommen lassen können, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren orthopädischen und allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine, Ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Behandlung, und um gesundheitliche Risiken zu vermeiden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ \* Telefon mobil: \_\_\_\_\_

\* Email: \_\_\_\_\_

\* Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie einen Behandlungsbericht? an Sie selber  an den Hausarzt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung  Internet  Zeitung

Wollen Sie schon vorab kurz bekannt geben, mit welchen Beschwerden Sie zu uns kommen?  
(Im Behandlungsgespräch besteht hierfür noch ausreichend Zeit)

---

---

---

---

---

---

---

---

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillig, dienen aber einer Verbesserung der Behandlungsqualität und der Kommunikation.



Dr. med. Michael Wiendl  
Kemmelallee 8  
82418 Murnau

Telefon:  
08841/6280 333

Email & Web:  
mail@orthopaedie-im-werkhaus.de  
[www.orthopaedie-im-werkhaus.de](http://www.orthopaedie-im-werkhaus.de)

PRIVATPRAXIS  
mit Spezialisierung auf:

- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Sportverletzungen
- Rheumatische Erkrankungen

### Grunderkrankungen / medizinische Vorgeschichte

(am Ende des Bogens ist nochmals ausreichend Platz für weitere Angaben)

Leiden Sie unter orthopädischen Vorerkrankungen / sind bei Ihnen schon orthopädische Operationen durchgeführt worden?

---

---

---

### Sind bei Ihnen wichtige Grunderkrankungen bekannt?

(Bitte ggf. weitere Angaben):

	Ja	Nein		Ja	Nein
Rheumatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen / ansteckende Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen / Behandlung mit blutgerinnungshemmenden Medikamenten?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher oder sonstige Implantate?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberschäden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtige Medikamente (ggf. Medikamentenplan):			Sonstige wichtige Erkrankungen: (Tumore, Anfallsleiden etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Leiden Sie aktuell unter Symptomen wie Unwohlsein, Atemnot, Schwäche, Husten, Fieber etc.?  
(Bitte zu Beginn an der Anmeldung bekanntgeben)

Ja Nein

Hier ist Platz für weitere Angaben:

---

---

---

Ich bedanke mich für die Beantwortung der Fragen. Die Inhalte ersetzen natürlich nicht das ärztliche Gespräch. Ich bitte Sie auch ausdrücklich darum, wichtige Angaben während des Behandlungsgesprächs im Zusammenhang nochmals zu erwähnen.

Ihr Dr. med. Michael Wiendl