

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse:  
\_\_\_\_\_

privat versichert   
Beihilfe   
gesetzlich versichert

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

arbeitslos   
krankgeschrieben   
im Ruhestand

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Durch meine Unterschrift bestätige ich, aufgeklärt worden zu sein, dass durch mir in der Praxis Orthopädie Mühleninsel verordnete Medikamente, insbesondere Antibiotika und Kortison, Wirkungsbeeinträchtigungen bei von mir auf Verordnung anderer Ärzte eingenommenen Medikamente auftreten können. Dies ist insbesondere bei oralen Kontrazeptiva („Pille“) zu beachten. Ich bestätige, mich in eigener Verantwortung entsprechend zu informieren. (Beipackzettel, Apotheker, verordnender Arzt (Frauenarzt)).

**Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen möglichst vollständig:**

**1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**2. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)?** Ja  Nein  unbekannt

Allergieauslöser: \_\_\_\_\_

**3. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf (z. B. infolge von Gerinnungsstörungen)?** Ja  Nein  unbekannt

**Bitte wenden! →**

#### 4. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankungen (Klappenersatz, Infarkt, Herzfehler, Endokarditis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (z.B. Diabetes)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, Aids, HIV, Lues)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Krampfleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Grüner Star	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Depression	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>

5. Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein  unbekannt

6. Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist? Ja  Nein  unbekannt

Wenn ja, an welcher?

---

7. Für weibliche Patienten:  
Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein  unbekannt

8. Rauchen Sie? Ja  Nein

9. Covid 19 Status **geimpft** Ja  Nein   
**genesen seit** \_\_\_\_\_

#### Sehr geehrte/r Patient/in, bitte bedenken Sie:

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass wir uns alle intensiv um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, 24 Stunden vorher absagen müssen. Erhalten Sie wegen Beschwerden und Schmerzen einen Nottermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen leider mit Wartezeit rechnen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift