

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon-/Handynummer: _____

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

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