

<p>MVZ Ilmtalkliniken-Krankenhaus Mainburg Ambulante Operationen /Schmerztherapie Chirotherapie / Sportmedizin /Akupunktur Dr.med. Walter Brunner, Orthopäde & Unfallchirurg Osteologe (DVO) Dr.med. Robert Thüringer, Orthopäde, physikalische Therapie Andreas Harrieder Allgemeinchirurg Freisinger Str. 50 84048 Mainburg Tel.: 08751/5569 Fax.: 08751/5660 Homepage: www.orthopaedie-mainburg.de</p>	<p>..... Pat-Nr.</p>
---	----------------------------------

PATIENTENFRAGEBOGEN

Name, Vorname			
Geb. am.		Telefon:	
PLZ + Wohnort			
Straße			
Beruf			
Arbeitgeber			
Hausarzt			
Krankenkasse			
Größe:	cm	Gewicht:	kg
Soll Ihr Hausarzt einen Befundbrief erhalten? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN			
<u>Neben den persönlichen Angaben wollen wir auch noch andere wichtige Daten von Ihnen wissen! Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten jede Frage!</u>			
	JA	NEIN	
Besitzen Sie einen Schwerbeschädigtenausweis?			
wenn JA , wie viel %			
Wurde bereits ein Rentenantrag gestellt?			
Sind Sie von den Rezeptgebühren befreit ?			
wenn JA , ... bitte Ausweis vorlegen			
bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?			
Nehmen Sie Marcumar?			
Sonstige blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS ?			
Haben Sie Probleme mit Ihrem Kreislauf nach Spritzen von Medikamenten oder beim Blutabnehmen?			
Haben Sie einen Herzschrittmacher?			
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?			
wenn JA.... welche ?			



Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns? Bitte angeben!!		
Seit wann bestehen diese Beschwerden?		
Liegt ein Unfall vor?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
wenn JA..... Unfalltag:	Uhrzeit:	
geschah der Unfall auf dem Weg oder während der Arbeit	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

Sind Sie schon einmal wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt worden?

	JA	NEIN
Magengeschwür		
Leberleiden / Gelbsucht		
Nierenleiden		
erhöhter Blutzucker		
Anfallsleiden (Epilepsie)		
Tuberkulose		
Harnsäureerhöhung / Gicht		
Thrombose / Embolie		
Bluthochdruck		
Asthma		
Schlafapnoe		
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, ...)		
Sonstiges (z.B. Krebserkrankungen)		

	JA	NEIN
Wurden Sie schon mal am Bewegungsapparat (Arme / Beine) oder an der Wirbelsäule operiert		
Wurden Sie schon an Venen/Leisten operiert?		
wenn JA,... welche OP wann und wo ?		
Wann und wo wurden die letzten Röntgenaufnahmen gemacht?		
Ich bin damit einverstanden, dass man mich an künftig fällige Termine / Nachsorgeuntersuchungen erinnert	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von Körperteilen von mir vor und nach Operationen für Vorträge/Praxis-TV/Homepage der Praxis verwendet werden dürfen und ggf. anonymisierte Daten für Forschungszwecke/Vorträge.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Mainburg, den _____		
Unterschrift – bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter		