

<p>MVZ Ilmtalkliniken-Krankenhaus Mainburg Ambulante Operationen /Schmerztherapie Chirotherapie / Sportmedizin /Akupunktur Dr.med. Walter Brunner, Orthopäde & Unfallchirurg Dr.med. Robert Thüringer, Orthopäde, physikalische Therapie Dr. med. Johannes Baumgartner, Orthopäde & Unfallchirurg Dr. med. Ingeborg Müller, Allgemeinchirurgin Mathias Grunner, Orthopäde & Unfallchirurg 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?		JA	NEIN
<u>Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten jede Frage!</u>			
		JA	NEIN
bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?			
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?			
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?	JA	NEIN
wenn JA..... Unfalltag:		Uhrzeit:
geschah der Unfall auf dem Weg oder während der Arbeit	JA	NEIN

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

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

	JA	NEIN
Wurden Sie bereits operiert?		
wenn JA,... welche OP(s) wann und wo ?		
Ich bin damit einverstanden, dass man mich an künftig fällige Termine / Nachsorgeuntersuchungen erinnert	JA	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.	JA	NEIN
Mainburg, den _____ Unterschrift – bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter		