

## Krankheitsvorgeschichte

Adressaufkleber	
Name: _____	Telefon: _____
Geburtsdatum: _____	Größe: ____ cm
	Gewicht: _____ kg

Name und Adresse Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Name und Adresse Ihres Orthopäden: \_\_\_\_\_

Weitere behandelnde Ärzte/Kliniken: \_\_\_\_\_

Grund für Ihren Besuch:

\_\_\_\_\_

Handelt es sich um Folgen eines Unfalls:  Ja  Nein

Arbeitsunfall?  Ja  Nein Datum des Unfalls \_\_\_\_\_

Dauer der Beschwerden: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit besteht seit: \_\_\_\_ Wochen

Stehen aufgrund der Erkrankung juristische Auseinandersetzungen an (z.B. Schmerzensgeld, Schadensersatz, Rente)?  Ja  Nein

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt/üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Schüler  Student  Arbeitslos  Rentner

Verwenden Sie orthopädische Hilfsmittel?

Rollstuhl  Gehstützen  Orthop. Schuhe  Bandagen

andere, welche

Wie weit können Sie laufen?

unbegrenzt  Schmerzen nach längerem Gehen oder beim Sport  Nur kurze Strecken von wenigen hundert Metern  Nur kurze Strecken im Haus

Rollstuhlpflichtig

Wurde bei Ihnen je eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- Blutungsneigung
- Schlaganfall
- Bandscheibenvorfall
- Thrombose, Lungenembolie
- Allergie
- Rheuma
- Gicht
- Nervenerkrankungen/Nervenschäden
- Zucker/Diabetes, letzter HbA1c:
- sonstiges
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Arthrose
- Herzerkrankungen
- Epilepsie
- Alkoholkrankheit
- Osteoporose
- Anämie/Blutarmut

Sind sie schwanger?      ja     nein

Weitere Krankheiten oder Unfälle: \_\_\_\_\_

Bitte führen Sie Ihre bisherigen orthopädischen Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo – Name der Einrichtung

Bitte führen Sie andere bisherige Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo – Name der Einrichtung

Bitte kreuzen Sie die Stoffe an, auf die Sie allergisch sind:

- Penicillin      Jod      Latex      Nickel/ Kobalt
- Cephalosporin    Kontrastmittel    Pflaster      Andere

Rauchen Sie?                       Nein      Ja     Anzahl/Tag:

Trinken Sie Alkohol?            Nein      Ja     Menge/Tag:

Sportliche Aktivität

- Profisport                                      Sportart:                      Stunden/Woche:
- Leistungsorientierter Freizeitsport      Sportart:                      Stunden/Woche:
- Freizeitsport                                   Sportart:                      Stunden/Woche:
- kein Sport

Versorgungssituation/Familie

- Familienstand:                       alleinstehend                       verheiratet
- verwitwet                               Lebensgemeinschaft

Bezugsperson: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

# Medikamentenplan

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte tragen Sie in diese Liste ihre aktuelle Medikation ein.

<b>Patientenname:</b>	<b>Geb. Datum:</b>
-----------------------	--------------------

**Beispiel:**

Zyloric	Gicht	300	Tbl.	1 - 0 - 0	ja
---------	-------	-----	------	-----------	----

Medikament	Grund der Einnahme Diagnose	Dosis	Darreichungsform	Menge	Fortsetzung während stat. Aufenthalt

Bei Operationen bitte Medikamente für 3 Tage mitbringen. Folgende Medikamente müssen vor der Operation anästhesiebedingt abgesetzt werden: ASS 100 10 Tage vorher absetzen, Clopidogrel (**Plavix®**) 7 Tage vorher absetzen, Ticlopidin (z.B. **Tiklyd®**) 10 Tage vorher absetzen, Metformin 48 Std. vorher absetzen. Bei Behandlung mit Marcumar® Umstellung auf Heparine durch den Hausarzt