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.

Patientenname:	**Geb. Datum:**

Beispiel:

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

Medikament	**Grund der Einnahme Diagnose**	**Dosis**	**Dar-reichungs-form**	**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