

Patientenanmeldung

Aschheim den:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Nr. _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Private Krankenversicherung: _____ - mit Beihilfe Ja Nein

Beruf: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Allgemeine Krankengeschichte

Allergien: Nein Ja Welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Falls Ja, welche SSW? _____

Besteht bei Ihnen eine andere Erkrankung außerhalb des orthopädischen Fachgebiets?

Herzkrankheit

Gemütsleiden

Diabetes

Magenleiden

Hepatitis A B C

Blutungsneigung

Hauterkrankung

Hypertonie

Multiple Sklerose

Nierenerkrankung

Lungenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Thrombose

HIV

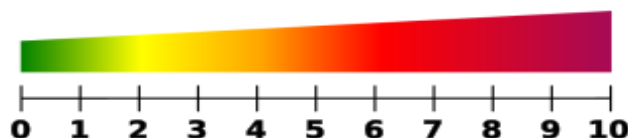
Krebsleiden

Sonstiges:

Medikamenteneinnahme Nein Ja Welche: _____

Voroperationen Bewegungsapparat Nein Ja Welche: _____

Aktuelle Schmerzen auf einer Visuellen Analog Scala: 0 = kein Schmerz, 10 = Maximaler Schmerz



Unterschrift _____