

Orthopädiezentrum Körtingstrasse

Dr. med. M. Rischke

Dr. med. B. Stumpenhausen

Dr. med. D. Reister

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben ihn im Behandlungszimmer ab.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Besteht Arbeitslosigkeit? \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes (ggf. Adresse): \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis (GdB, Pflegestufe)? \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Leistungen?

Wenn ja in welchem Umfang (1- od. 2-Bettzimmer, Chefarzt etc.)

Bestehen bei Ihnen internistische oder andere Erkrankungen?

z.B. Zucker, Magen-Darm, Herz, Bluthochdruck, Augen, Asthma bronchiale, Schilddrüse, Nieren, Blasenschwäche, Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Hormonpräparate oder die Antibabypille? Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien / Unverträglichkeiten z.B. auf Medikamente, Jod oder Pflaster bekannt?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie? Wenn ja, wann und wo?

Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Wenn ja, welche und wann?

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Orthopädiezentrum Körtingstrasse**

**Dr. med. M. Rischke**

**Dr. med. B. Stumpenhausen**

**Dr. med. D. Reister**

---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**für eine optimale medizinische Versorgung ist es unter Umständen erforderlich, medizinische Befunde zwischen unserer Praxis und kooperierenden medizinischen Einrichtungen (z.B. Labor, Pathologie, MRT) automatisch zu versenden.**

**Wir versichern Ihnen, dass nur befugte Personen Zugriff auf das Faxgerät haben und dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden.**

**Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns dafür Ihr Einverständnis.**

Name, Vorname:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_