

# Orthopädische Praxis

im Stuttgarter Tor

## Patientenfragebogen

Vor- u. Nachname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-/Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahlungsbefreiung (Medikamente)? Ja  Nein

Nehmen Sie an der hausärztlichen Versorgung (HZV) teil? Ja  Nein

Haben Sie Diabetes? Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS oder ähnliches)? Ja  Nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

Bestand/ Besteht bei Ihnen eine bösartige Erkrankung? Ja  Nein

Bestand/ Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen die Knochendichte schon einmal gemessen? Ja  Nein

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Akupunkturbehandlungen? Ja  Nein

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Führt Sie ein Unfall zu uns? Ja  Nein

Wenn ja, Privat? Ja  Nein

bei der Arbeit/ in der Schule, inkl. Wegeunfälle? Ja  Nein