

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	DOUW Ambulanz: Patientenfragebogen	F
	Version 2.0 / gültig ab 02.02.2024	Seite 1 von 3

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Wartezeit etwas überbrücken, Sie aus medizinischer Sicht kennenlernen und für die Behandlung dringlich notwendige Information erbitten. Ihre Angaben sind freiwillig und werden von uns absolut vertraulich behandelt. Gern helfen wir Ihnen auch bei der Beantwortung.

Herzlichen Dank.

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg



Für eventuelle Rückfragen bitten wir Sie um Ihre Telefonnummern

dienstl.: _____ privat: _____ mobil: _____

und Ihre E-Mail Adresse: _____

Beschreiben Sie bitte kurz die Lokalisation, Art und Dauer der Beschwerden, welche Sie zu uns führen. Insbesondere nennen Sie uns, welche Untersuchungen und Therapien Sie für diese und bei welchem Arzt/ Klinik erhalten haben (spez. Medikamente, Physiotherapie, Röntgen, CT, MRT etc.). Liegt ein Arbeits- oder Wegeunfall vor? Bitte lassen Sie ggf. die schriftlichen Befunde gleich an der Anmeldung einscannen.

Wie lange haben Sie auf den heutigen Termin gewartet?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Orthopäde / Chirurg

z.Zt. ausgeübte bzw. letzte berufliche Tätigkeit?

Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte stationärer Aufnahme mitbringen.

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien, Unverträglichkeiten, Überempfindlichkeiten gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, wie Penicilline oder örtliche Betäubungsmittel), Metalle (z.B. Nickel, Chrom) oder Sonstiges (z.B. Jod, Latex, Kontrastmittel) bekannt? Wenn ja, welche? Bitte lassen Sie ggf. Ihren Allergiepass an der Anmeldung einscannen.

Ja Nein

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? Wenn ja seit wann?

	Ja	Nein	Seit wann?
Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden/ Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnselbildung/ Thrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorleiden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star/ Glaukom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher/ Defibrillator/ Eventrecorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Bluterkrankungen, Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis oder HIV, psychische Erkrankungen)?

Ja Nein

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	DOUW Ambulanz: Patientenfragebogen	F
	Version 2.0 / gültig ab 02.02.2024	Seite 3 von 3

Wurden bei Ihnen bereits künstliche Gelenke implantiert, wenn ja: Welche? Wann? Welche Seite? In welcher Klinik? Bitte lassen Sie ggf. Ihren Implantatpass einscannen.

Ja Nein

Eingriffe an der Wirbelsäule: Wann? Welche Höhe? In welcher Klinik?

Ja Nein

Wurden bei Ihnen weitere Operationen und ggf. auf welcher Körperseite durchgeführt?

Ja Nein

Im Falle der Änderung meiner hier dargelegten Informationen, insbesondere Medikation und Allergien inkl. meiner Kontaktdaten, melde ich dies bei meiner nächsten Vorstellung in der Klinik.

Weiterhin ermächtige ich hiermit meinen behandelnden Arzt, Vorbefunde in Wort und Bild aus anderen Kliniken und Arztpraxen in Kopie ausgehändigt zu bekommen.

Ja Nein

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens und Ihre freundliche Unterstützung.

Wir weisen gemäß Datenschutzgrundverordnung darauf hin, dass wir die Daten sowie diesen Fragebogen bis auf Widerruf elektronisch speichern. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Datum: _____ Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter: _____

Kenntnisnahme Arzt: _____