

**Facharztpraxis für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie**

**Dr. T. Haber & Dr. J. Wandt**

NEU! Kaiserslauterer Straße 6 – 8

67098 Bad Dürkheim

Tel. 0 63 22 – 941 90 0

Fax: 0 63 22 – 941 90 29

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Krankenkasse:**

**Telefonnummer:**

**Hausarzt:**

**Beruf:**

**E-Mail Adresse:**

**Gewicht:**

**Größe:**

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja

nein

vielleicht

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Erfassung Ihrer weiteren Erkrankungen ist für unsere Diagnostik und Therapie sehr wichtig. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Die genauere Befragung zu den einzelnen Erkrankungen erfolgt im Behandlungsbereich.

Bitte bringen Sie Ihren **Medikamentenplan** mit.

Im Voraus vielen Dank, Ihre Doktoren

Herz-Kreislaufkrankungen, z.B. Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall oder andere neurologische Erkrankungen, z.B. Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen, z.B. Atemgerät oder Apnoe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankungen, z.B. Depression	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen, z.B. Gicht, Cholesterin, Diabetes, Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Immunsystems, Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes, z.B. Blutungsneigung oder Thrombose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien, z.B. Pflaster oder Medikamente, Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bad Dürkheim,

**Unterschrift**