

Vorgeschichte zur orthopädischen Behandlung einschließlich Injektionsbehandlung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes **bitte ankreuzen und unterstreichen** bzw. ergänzen. Wir helfen Ihnen bei Bedarf gerne beim Ausfüllen.

	JA	NEIN
Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein? Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin), Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder _____, <i>falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
1. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Organe bzw. Organsystem erkrankt sind oder waren:	JA	NEIN
Herz-/Kreislaufsystem: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren: Nierenentzündung, hohe Kreatininwerte, Dialyse oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge: Asthma, Tbc oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm: Entzündungen, Geschwüre, Pilzkrankungen oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge: Grüner Star (Eng-bzw. Weitwinkelglaukom) oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht oder _____, falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut: Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung, Blutkrankheit oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen: Leberkrankheiten oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven: Sind Nervenerkrankungen bekannt? Haben Sie Lähmungen? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie: (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Jod oder _____, falls Sie einen Allergieausweis besitzen, bitte vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2. Haben Sie eine akute Entzündung oder chron. Infektion z.B. Erkältung, Viruserkrankung (z.B. Herpesinfektion, HIV), entzündliche Hauterkrankung, Pilzinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
3. Wurden Sie in den vergangenen 2 Wochen geimpft oder ist eine Impfung geplant? Wenn ja, wann und wogegen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
4. Wurde der beschwerdeführende Körperbereich/das Gelenk schon einmal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? Wenn ja, in welcher Woche? _____ Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>