

Patientenkleber ← Stimmen Ihre persönlichen Daten?
 Wenn nicht korrigieren Sie bitte.

Herzlich willkommen in unserer neurochirurgischen Sprechstunde.
 Bitte nutzen Sie die Wartezeit und beantworten Sie uns einige wichtige Fragen.

Zur besseren Kontaktpflege würden wir gerne Ihre Handynummer abfragen: _____

derzeit ausgeübter Beruf:
(bei Arbeitslosigkeit / Rente bitte ehemaliger Beruf)
im Beruf hauptsächliche Tätigkeit: sitzend <input type="checkbox"/> ; stehend <input type="checkbox"/> ; wechselnde Tätigkeit <input type="checkbox"/>
am PC sitzend <input type="checkbox"/> ; Heben über 15kg <input type="checkbox"/>
sonstige berufl. körperliche Belastungen:
zur Zeit bin ich krankgeschrieben : nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> , seit wann:
ich bin arbeitslos <input type="checkbox"/> , seit wann: _____ ich bin berentet <input type="checkbox"/>
Erwerbsminderungsrente: beantragt <input type="checkbox"/> erhalten <input type="checkbox"/>
Erwerbsunfähigkeitsrente: beantragt <input type="checkbox"/> erhalten <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/> :
(z.B.: Herzbypass, Herz-Stent, Herzgefäßkrankung (KHK) etc.)
Lungenerkrankungen : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/> :
(z.B.: chronische Bronchitis, COPD, Asthma etc.)
Nierenerkrankungen : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/> :
(z.B.: Nierenschwäche, Niereninsuffizienz)
Diabetes mellitus (Zuckererkrankung): nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/> :
erhöhte Blutungsneigung (z.B häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, blaue Flecke): nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/>
wichtige Voroperationen <input type="checkbox"/> :(z.B.: Hüft-OP rechts 1998; Oberschenkelbruch links 2005 etc.)
sonstige wichtige Erkrankungen :
Medikamentenallergie : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/> : welche Medikamente:
Aktuelle Medikamente :
Latexallergie : nicht bekannt <input type="checkbox"/> ; bekannt <input type="checkbox"/>
ich nehme blutverdünnende Medikamente : nein <input type="checkbox"/> ; weiß ich nicht <input type="checkbox"/> ; ja: <input type="checkbox"/>
z.B.: ASS <input type="checkbox"/> ; Godamed <input type="checkbox"/> ; Eliquis <input type="checkbox"/> ; Pradaxa <input type="checkbox"/> ; Plavix <input type="checkbox"/> ; Xarelto <input type="checkbox"/> ; Lixiana <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/>
sonstige <input type="checkbox"/> :
ich nehme Blutzuckertabletten : nein <input type="checkbox"/> ; weiß ich nicht <input type="checkbox"/> ; ja: <input type="checkbox"/>
z.B.: Metformin <input type="checkbox"/> ; Glucophage <input type="checkbox"/> , sonstige <input type="checkbox"/> :
Außer dem Arzt der mich überwiesen hat, sollen folgende Ärzte einen Bericht bekommen :

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

Haben Sie selbst noch Fragen, bitte sprechen Sie uns an.

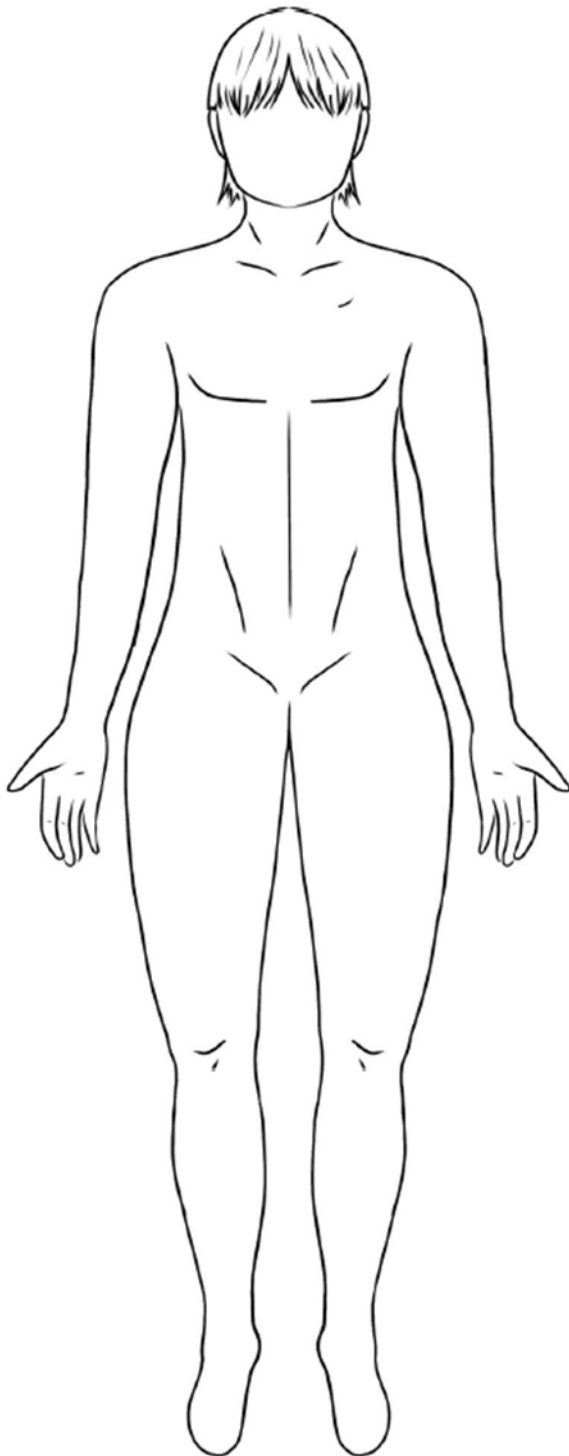
Bitte Rückseite beachten

Name: _____

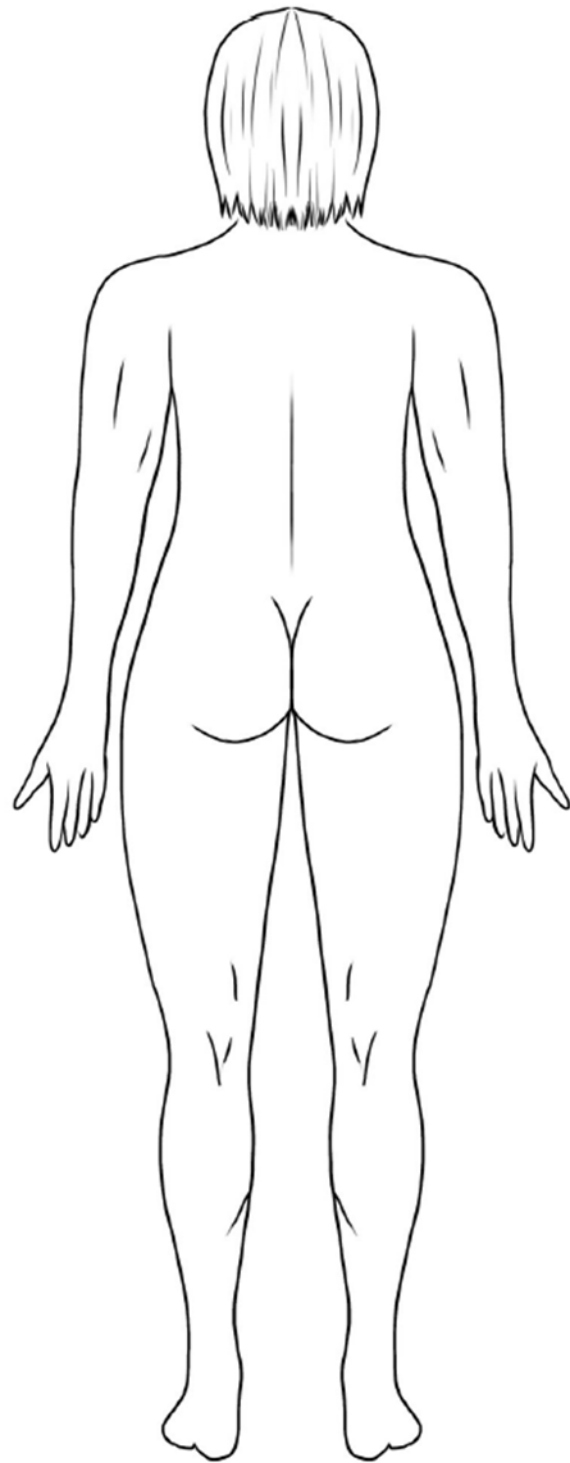
Geburtsdatum: _____

Schmerzfragebogen

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen in die Region ein, wo Ihre Schmerzen sind.



Vorderseite



Hinterseite