

Patientenname:

Diakonissenkrankenhaus Flensburg
Orthopädie, Sport- & Unfallklinik
komm. Chefarzt Dr. med. Sebastian Jazra
Telefon 0461 – 812 15 01
Fax 0461 – 812 15 04
E-mail info-ouhs@diako.de

Geburtsdatum:

Fragebogen Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll helfen, die anstehende Untersuchung und das Aufklärungsgespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft.

Aktuelle Anamnese:

1. Welche Beschwerden haben Sie, die Sie zu diesem Termin veranlasst haben?
2. Wie lange/seit wann haben Sie diese Beschwerden?
3. Durch was wurden diese Beschwerden ausgelöst?
4. Auf einer Scala von 0 – 10 (0 = keine Schmerzen, 10 = am stärksten vorstellbarer Schmerz) wie stark sind Ihre Schmerzen in Ruhe, wie stark bei Belastung?
5. Haben Sie bereits eine physiotherapeutische Behandlung erhalten? nein ja
Wenn ja, bei wem?
6. Wer ist Ihr Hausarzt?
7. Welcher Facharzt hat Sie diesbezüglich bisher behandelt?
8. Welcher Arzt hat diesen Vorstellungstermin veranlasst?
9. Ich bin damit einverstanden, das bei o. g. Haus- und Fachärzten vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. nein ja
10. Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an o. g. Haus- und Fachärzte zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. nein ja

Allgemeine Anamnese:

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre Wie groß sind Sie in cm? _____ Wieviel wiegen Sie in kg? _____
2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?
3. Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad? nein ja
4. Welche Sportarten führen Sie aus? Wie oft?

Wie schätzen Sie selbst Ihre körperliche Belastbarkeit ein:

1. Ich kann noch Spaziergehen und langsam Tanzen. nein ja
2. Ich kann noch meine Hausarbeit erledigen. nein ja
3. Ich kann problemlos eine Treppe steigen. nein ja
4. Ich kann ohne Probleme Fahrradfahren oder Schwimmen. nein ja
5. Verwenden Sie gelegentlich oder regelmäßig Hilfsmittel (z. B. Bandagen, Schienen, Unterarmgehstützen, Rollator, Rollstuhl). nein ja:
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? nein ja:
7. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung im Krankenhaus oder im Ausland Kontakt mit dem Gesundheitswesen? Wenn ja, wo? nein ja

8. Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit (z. B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Metalle)? Wenn ja, welche? nein ja:
9. Rauchen Sie regelmäßig Tabakwaren? Wenn ja, was und wie viel? nein ja:
10. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wie viel? nein ja:
11. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, TBC, Aids)? nein ja:
12. Sind Stoffwechselstörungen bekannt (z. B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfehlfunktion)? nein Ja:
13. Kam es schon einmal zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (Thrombose/Embolie)? nein ja:
14. Kam es bei Wunden schon einmal zur verzögerter Heilung, Eiterung, Abszessen, Fisteln oder starker Narbenbildung? nein ja
15. Besteht momentan oder bestand innerhalb des letzten Jahres eine akute oder chronische Entzündung (z. B. an einem Zahn)? nein ja
16. Besteht oder bestand eine Gefäßerkrankung (Durchblutungsstörung, Krampfadern). Wenn ja, welche? nein ja
17. Besteht bei Ihnen oder Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachblutung nach Operationen)? nein ja
18. Besteht oder bestand eine Herz-Kreislaufferkrankung (z. B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck). Wenn ja, welche? nein ja
19. Besteht/bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z. B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung)? nein ja:
20. Besteht oder bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung (z. B. Muskelschwäche, Osteoporose)? nein ja
21. Besteht oder bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z. B. Lähmungen)? nein ja:
22. Befinden sich Implantate im Körper (z. B. Schrittmacher, Defibrillators, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent etc.)? Wenn ja, welche? nein ja
23. Welche Operationen wurden bei Ihnen schon durchgeführt?
Datum / Art der Operation: nein ja
- 24. Zusatzfrage bei Frauen:** Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Flensburg den, _____

Unterschrift des Pat. bzw. des gesetzlichen Vertreters