

Krankheitsvorgeschichte

Adressaufkleber Name: _____ Geburtsdatum: _____	Telefon: _____ Größe: ____ cm Gewicht: _____ kg
---	---

Name und Adresse Ihres Hausarztes: _____

Name und Adresse Ihres Orthopäden: _____

Grund für Ihren Besuch:

Handelt es sich um Folgen eines Unfalls: ⅈ Ja ⅈ Nein

Arbeitsunfall? ⅈ Ja ⅈ Nein Datum des Unfalls _____

Dauer der Beschwerden: _____

Arbeitsunfähigkeit (Krankmeldung) besteht seit: ____ Wochen

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Stehen aufgrund der Erkrankung juristische Auseinandersetzungen an (z.B. Schmerzensgeld, Schadensersatz, Rente)?

ⅈ Ja ⅈ Nein

Verwenden Sie orthopädische Hilfsmittel?

ⅈ Rollstuhl ⅈ Gehstützen ⅈ Orthop. Schuhe ⅈ Bandagen
 ⅈ andere, welche _____

Sind sie schwanger? ⅈ ja ⅈ nein

Leiden Sie an weitere Krankheiten? Wenn ja welche:

Bitte führen Sie wichtige orthopädischen Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo – Name der Einrichtung

Bitte führen Sie wichtige andere Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo – Name der Einrichtung

Sportliche Aktivität

⊖ Leistungsorientierter Freizeitsport

Sportart:

Stunden/Woche:

⊖ Freizeitsport

Sportart:

Stunden/Woche:

⊖ kein Sport

Versorgungssituation: ⊖ alleinversorgend ⊖ Lebensgemeinschaft

Bezugsperson: _____

Tel: _____