 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Patientenfragebogen - Ambulanz	DOUW Formular
	Version Nr. 1.1	Seite 1 von 2

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Wartezeit etwas überbrücken, Sie aus medizinischer Sicht kennenlernen und für die Behandlung dringlich notwendige Information erbitten. Ihre Angaben sind freiwillig und werden von uns absolut vertraulich behandelt! Gern helfen wir Ihnen auch bei der Beantwortung der Fragen.

Patientenetikett

Herzlichen Dank! Ihr Ambulanzteam

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Für eventuelle Rückfragen / Informationen bitten wir Sie um Ihre Telefonnummern:

dienstl: _____ privat: _____ mobil: _____

Beschreiben Sie bitte kurz die Lokalisation, Art und Dauer der Beschwerden, welche Sie zu uns führen! Insbesondere nennen Sie uns, welche Untersuchungen und Therapien Sie für diese und bei welchem Arzt/ Klinik erhalten haben (spez. Medikamente, Physiotherapie, Röntgen, CT, MRT etc.)! Liegt ein Arbeits- oder Wegeunfall vor? Bitte lassen Sie ggf. die schriftlichen Befunde gleich an der Anmeldung einscannen!

Wie lange haben Sie auf den heutigen Termin gewartet? _____

Hausarzt: _____

Orthopäde / Chirurg: _____

z.Zt. ausgeübte bzw. letzte berufliche Tätigkeit? _____


Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung? _____
Wenn ja, bei stat. Aufnahme mitbringen

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn Ja, welche und in welcher Dosierung?

Ja Nein _____

Sind bei Ihnen Allergien/ Unverträglichkeiten/ Überempfindlichkeiten gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, wie Penicilline oder örtliche Betäubungsmittel), Metalle (z.B. Nickel, Chrom) oder Sonstiges (z.B. Jod, Latex, Kontrastmittel) bekannt? Wenn ja, welche? Bitte lassen Sie ggf. Ihren Allergiepäss an der Anmeldung einscannen!

Ja Nein _____

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Patientenfragebogen - Ambulanz	DOUW Formular
	Version Nr. 1.1	Seite 2 von 2

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen und seit wann bekannt?

	Ja	Nein	Seit wann?
Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus?			
Anfallsleiden/ Epilepsie?			
Herzrhythmusstörungen?			
Bluthochdruck?			
Blutgerinnselbildung/ Thrombose?			
Tumorleiden? Wenn ja, welche?			
Erkrankungen der Schilddrüse?			
Nierenerkrankung?			
Grüner Star/ Glaukom?			
Herzschrittmacher/ Defibrillator/ Eventrecorder?			
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?			

Weitere Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Bluterkrankungen, Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis oder HIV, psych. Erkrankungen)?

Ja Nein

Wurden bei Ihnen bereits künstliche Gelenke implantiert, wenn ja: Welche/ Wann/ Welche Seite/ In welcher Klinik? Bitte lassen Sie ggf. Ihren Implantatpass einscannen!

Ja Nein

Eingriffe an der Wirbelsäule: Wann/ Welche Höhe/ In welcher Klinik?

Ja Nein

Wurden bei Ihnen weitere Operationen und ggf. auf welcher Körperseite durchgeführt?

Ja Nein

Im Falle der Änderung meiner hier dargelegten Informationen, insbesondere Medikation und Allergien inkl. meiner Kontaktdaten, melde ich dies bei meiner nächsten Vorstellung in der Klinik! Weiterhin ermächtige ich hiermit meinen behandelnden Arzt, Vorbefunde in Wort und Bild aus anderen Kliniken und Arztpraxen in Kopie ausgehändigt zu bekommen.

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens und Ihre freundliche Unterstützung.

Wir weisen gemäß Datenschutzgrundverordnung darauf hin, dass wir die Daten sowie diesen Fragebogen bis auf Widerruf elektronisch speichern. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Datum: _____ Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter: _____

Kenntnisnahme Arzt: _____