
Name

Orthopädie

Anschrift

Friedrichstraße 180 • 10117 Berlin

Telefon: 030 / 886 226 - 0

Telefax: 030 / 886 226 - 309

E-Mail: info@citypraxen.de

www.citypraxen.de

Geburtsdatum

Fragebogen / Aufklärung Orthopädie

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese möglichst sorgfältig, da Ihre Angaben für Diagnose und Behandlung benötigt werden. Sollten sich hieraus Ihrerseits Fragen ergeben, werden wir diese im persönlichen Arztgespräch klären.

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie durchgemacht (Zeitpunkt, Art)?

3. Operationen? Krankenhausaufenthalte? Kuren?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?

5. Leiden Sie an Allergien? Wenn ja welche?

6. Treiben Sie Sport? Wenn ja welchen?

7. Wurden bei Ihnen bereits Röntgenuntersuchungen durchgeführt? Wann? Körperregion?

8. Sind Ihnen bedeutsame Erkrankungen Ihrer Eltern oder Geschwister bekannt? Welche?

9. Bitte geben Sie Ihre Größe und Gewicht an!

Risikoaufklärung bei Injektionen/Gelenkinjektionen

Bei ggf. notwendigen Injektionen in Haut/Muskeln/Gelenke kann es trotz sorgfältiger Desinfektion und Einhaltung von Hygienemaßnahmen/Sterilität in seltenen Fällen zu Infektionen/Gelenkinfektionen kommen. Über das mit einer Injektion verbundene Risiko wird in jedem Falle vor der Durchführung noch einmal ausführlich hingewiesen.

Risikoaufklärung Chirotherapie/Chiropraktik

Bei ggf. notwendigen Mobilisationen/Manipulationen insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule kann es bei bestehenden Vorschäden/Verkalkungen an den Kopf- und Halsgefäßen in sehr seltenen Fällen zu Verletzungen derselbigen mit nachfolgender Blutung kommen. Aus Gründen der ärztlichen Sorgfaltspflicht ist eine bildgebende Untersuchung vor dem Eingriff unabdingbar. Diesbezügliche Einzelheiten werden Ihnen vor Durchführung einer Manipulation noch einmal ausführlich erläutert.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich habe den Inhalt des Aufklärungsbogens verstanden und bin über eventuelle Risiken bei Injektionen/chirotherapeutischen Maßnahmen informiert.

Berlin, den _____
Ort, Datum

Unterschrift