

## PERSONALIEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_  
Letzter Beruf: \_\_\_\_\_ bei Rent: früherer Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

**WOHER KENNEN SIE UNS?**  Hausarzt  Bekannte / Freunde  Internet  andere

## ZUSATZVERSICHERUNG

Besteht eine Zusatzversicherung für eine stationäre Behandlung?  ja  nein  
Wenn „Ja“, dann:  1-Bett  2-Bett  
Chefarztbehandlung?  ja  nein Versicherung \_\_\_\_\_

## VORERKRANKUNGEN

Diabetes mellitus  übertragbare Erkrankungen (z.B. Hepatitis)  hoher Blutdruck  
 Herz / Kreislauf  Gefäßerkrankung (Gehirn, Beine)  Osteoporose  
 Allergien, welche? \_\_\_\_\_  
 andere Erkrankungen (z. B. Magengeschwür)? \_\_\_\_\_

## MEDIKAMENTE

Metformin  Blutverdünnende Mittel (ASS / Marcumar / Plavix)?  
 Kortison  andere Medikamente: \_\_\_\_\_

## OPERATIONEN

nein  ja (was, wann und wo?) \_\_\_\_\_

## ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden krankgeschrieben?  
 nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
Krankengeld bezogen?  ja  nein

## BISHERIGE THERAPIE

Welche Therapieformen (Schmerztherapie / Krankengymnastik / stationäre Behandlung) haben Sie bisher wegen der aktuellen Beschwerden durchgeführt?

## THERAPIEFORM?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## WO SIND IHRE SCHMERZEN?

