



Aufzeichnungsvorlage

Prof. Dr. med. Alfred Karbowski

Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie
und Sportmedizin

des Krankenhauses der Augustinerinnen

Jakobstraße 27-31 · 50678 Köln

Tel.: 0221/3308-1351 oder -1352 Fax.: 0221/3308-1556

E-Mail: info@koeln-orthopaedie.de, epzmax@severinskloesterchen.de · www.koeln-orthopaedie.de

Adressaufkleber

Name: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Krankenkasse: _____

E-Mail Adresse: _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes: _____

Name und Adresse Ihres Orthopäden: _____

Weitere behandelnde Ärzte/Kliniken: _____

Grund für Ihren Besuch: _____



Aufnahmebogen Ambulanz Fußsprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Handelt es sich um Folgen eines Unfalls: Ja Nein

Arbeitsunfall? Ja Nein Datum des Unfalls _____

Dauer der Beschwerden: _____

Arbeitsunfähigkeit besteht seit: _____ Wochen

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

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt/üben Sie aus? _____

Schüler Student Arbeitslos Rentner

Verwenden Sie orthopädische Hilfsmittel?

Rollstuhl Gehstützen Orthopädische Schuhe Bandagen andere → Welche?

Wie weit können Sie laufen?

unbegrenzt Schmerzen nach längerem Gehen oder beim Sport nur kurze Strecken von wenigen hundert Metern

nur kurze Strecken im Haus rollstuhlpflichtig

Wurde bei Ihnen je eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Blutungsneigung Arterielle Verschlusskrankheit Schlaganfall Tumorleiden

Bandscheibenvorfall Herzerkrankungen Thrombose, Lungenembolie Epilepsie

Schilddrüsenerkrankung Bluthochdruck Rheuma Osteoporose



Aufnahmebogen Ambulanz Fußsprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Gicht Anämie/Blutarmut Nervenerkrankungen/Nervenschäden

Zucker/Diabetes, letzter HbA1c: _____ Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA-Besiedelung o.ö.)

Sonstiges

Sind sie schwanger? ja nein

Weitere Krankheiten oder Unfälle: _____

Wurde bei Ihnen schon mal eine Operation durchgeführt: Ja Nein

Bitte führen Sie Ihre bisherigen orthopädischen Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo? – Name der Einrichtung

Bitte führen Sie andere bisherige Operationen mit Jahreszahl auf:

Jahr	Operation	Wo? – Name der Einrichtung



Aufnahmebogen Ambulanz Fußsprechstunde

Aufzeichnungsvorlage

Bitte kreuzen Sie die Stoffe an, auf die Sie allergisch sind:

- Penicillin Jod Latex Nickel/ Kobalt
 Cephalosporin Kontrastmittel Pflaster Andere: _____

Rauchen Sie? Nein Ja → Anzahl/Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja → Menge/Tag: _____

Sind Sie sportlich aktiv? Ja Nein

Sportart: _____ Stunden/Woche: _____

Versorgungssituation/Familie

Familienstand: alleinstehend verheiratet verwitwet Lebensgemeinschaft

Bezugsperson: _____ Tel: _____



Aufzeichnungsvorlage

Medikamentenplan

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte tragen Sie in diese Liste Ihre aktuelle Medikation ein.

Patientenname: _____

Geb.-Datum: _____

Beispiel:

Zyloric Gicht 300 mg Tbl. 1-0-0

Medikament	Grund der Einnahme	Dosis	Darreichungsform	Menge

Bei Operationen bitte Medikamente für 3 Tage mitbringen.

Folgende Medikamente müssen vor der Operation anästhesiebedingt abgesetzt werden:

ASS 100 10 Tage vorher absetzen, Clopidogrel (Plavix®) 7 Tage vorher absetzen, Ticlopidin (z.B. Tiklyd®) 10 Tage vorher absetzen,

Metformin 48 Std. vorher absetzen. Bei Behandlung mit Marcumar Umstellung auf Heparine durch den Hausarzt.