



Centrum für Orthopädie und
Schmerztherapie Blankenese

Dockenhudener Strasse 27
22587 Hamburg

Telefon 040 / 866 931 - 0
Fax 040 / 866 931 -11

E-Mail: info@cobl.de

Internet: www.cobl.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vor Ihrer ersten Untersuchung bitten wir Sie, **jede** dieser Fragen **sorgfältig** zu beantworten. Sie dienen dazu, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Risiken festzustellen, die für eine Behandlung hier von Bedeutung sein könnten.

- Leiden oder littten Sie an ggf. genau angeben
- Herzerkrankungen?
 - Kreislaufkrankungen?
 - Blutgefäßerkrankungen?
 - Magenkrankheiten?
 - Darmerkrankungen?
 - Lebererkrankungen?
 - Nierenerkrankungen?
 - Blutgerinnungsstörungen?
 - Rheumatischen Erkrankungen?
 - Zuckerkrankheit/Diabetes?
 - Gicht?.....
 - Allergien/Unverträglichkeiten?
 - Asthma?
 - Erkrankungen der Atemwege/Lunge?
 - Augenleiden (bes. grüner/grauer Star)?
 - Nerven-/Gemütskrankheiten?
 - Schilddrüsenerkrankungen?
 - Medikamentenunverträglichkeit?
 - Gelbsucht/Hepatitis?.....
 - Sind Sie HIV-getestet?
 - Sind Sie schon einmal operiert worden?
 - Wann/woran?
 - Sind Sie schwanger?
 - Wieviel rauchen Sie?
 - Wieviel Alkohol trinken Sie?
 - Wie groß sind Sie? cm
 - Wieviel wiegen Sie? kg

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (Name, Dosis)?

.....
.....

(Bitte alle Medikamente eintragen, auch selbst gekaufte)

Haben Sie in letzter Zeit irgendetwas gelesen oder gehört, von dem Sie glauben, dass es auch für Ihre Behandlung von Bedeutung sein könnte?

.....
.....

Datum: (Unterschrift)