

**Orthopädie Stolz, die SIE! bewegt**  
**Rolf E. Stolz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient .....

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift .....

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... Beruf / Tätigkeit .....

Hausarzt ..... Größe ..... Gewicht .....

**Ernährungsweise?**     Mischköstler     Ovo-lacto Vegetarier     Ovo Vegetarier     Lacto Vegetarier     Veganer

**Trinken Sie Kaffee?**     keinen     selten     < 3 Tassen/Tag     > 3 Tassen/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**     keinen     selten     > 2x / Woche     täglich

**Rauchen Sie?**     ja /  nein /  aufgehört    Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**     ja /  nein    Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein    **Haben Sie Haustiere?**  ja /  nein    **Schnarchen Sie?**  ja /  nein

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein    Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie kürzlich häufiger folgende Beschwerden?**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit      | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/> Atemnot       | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall              | <input type="checkbox"/> Erbrechen          | <input type="checkbox"/> Erschöpfung   | <input type="checkbox"/> Fußschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Handschmerzen          | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Herzrasen     | <input type="checkbox"/> Hüftschmerze   |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Knieschmerzen      | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit      |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen        | <input type="checkbox"/> Traurigkeit        | <input type="checkbox"/> Schwindel     | <input type="checkbox"/> Übelkeit       |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung            |   |  |   |

Weitere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?**  ja /  nein    Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien?**     ja /  nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**  ja /  nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja /  nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Ist eine Berufskrankheit bekannt?**  ja /  nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Orthopädie Stolz, die SIE! bewegt**  
**Rolf E. Stolz**

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |   |  |  |                                       |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose            | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.    | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrose            | <input type="checkbox"/> Epilepsie    |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma               | <input type="checkbox"/> Gicht             | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte   | <input type="checkbox"/> Organtransplantation | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> HIV                 | <input type="checkbox"/> sonstiges    |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- |  |                                      |  |                                       |                                   |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD       | <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> Migräne  |
| <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |                                       |                                   |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig:    Medikamente ein?**  ja /  nein      **Nahrungsergänzungsmittel?**  ja /  nein

**Nehmen Sie Blutverdünner ein?** (ASS, Marcumar, Xarelto)  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Wenn Ihr Medikamentenplan bereits in unserem System ist, bitte nur ergänzen, was bisher im Ausdruck fehlte.

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

- Arzt     Familie     Bekannte(r)     Krankenkasse     Zeitung     Internet     Praxisschild     Sonstiges

**Stationäre Zusatzversicherung?**  ja /  nein

**Dürfen wir Sie über wichtige Termine (Vorsorge / Untersuchung / Behandlung) informieren?**  ja /  nein

**Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnissen informieren?**  ja /  nein

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum

.....  
Unterschrift