



Krankengeschichte

Name u. Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Telefon/Handynummer/E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel.Nr. Arbeitgeber: _____

Mitversichert bei: _____ geb.: _____

Arbeitsunfall: (bitte Unfalltag, die zuständige Berufsgenossenschaft und das Aktenzeichen mit angeben)

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung für das Krankenhaus: _____

Einbettzimmer ja nein

Zweibettzimmer ja nein

Chefarztwahl ja nein

Welchen Operationen mussten Sie sich bereits unterziehen (Jahr)?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (Dosis)?

Schwerbeschädigten-Ausweis: _____%

Rentantrag: ja nein

Schwangerschaft: ja nein

Letzte Röntgenaufnahme: _____

Hausarzt: (Bitte auch Praxis angeben) _____

Erkrankten Sie an: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Magengeschwür ja nein

Leberleiden/Gelbsucht ja nein

Nierenleiden ja nein

Erhöhter Blutzucker ja nein

Anfallsleiden ja nein

Tuberkulose ja nein

Harnsäureerhöhung (Gicht) ja nein

Thrombose/Embolie ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Allergien:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR INJEKTIONSTHERAPIE

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich unserer Behandlung anvertraut; möglicherweise werden Sie im Rahmen der Therapie eine Spritzenbehandlung (Injektionen) erhalten. Wir müssen aus juristischen Gründen darauf hinweisen, dass auch eine Injektionstherapie Komplikationen - wenn auch sehr selten - hervorrufen kann:

» Entzündung (Infektion)

» Nachblutung (Bluterguss)

» Allergische Reaktion (Überempfindlichkeitsreaktion)

» Hautnervenschädigung (Taubheitsgefühl im Einstichbereich)

Wir bitten Sie, falls bei Ihnen bereits Komplikationen nach Spritzenbehandlungen aufgetreten sind, Ihren Arzt darauf hinzuweisen.

Ich habe die oben aufgeführten Komplikationsmöglichkeiten zur Kenntnis genommen.

Unterschrift