

Praxisklinik und Zentrum für ambulante Operationen der CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE, UNFALL-/HAND-/VISCERAL- u. GEFÄSSCHIRURGIE
 Durchgangsarzt für Arbeits-, Schul- und Kindergarten- u. Wegeunfälle

Dr. med. Rainer Woischke

Orthopäde u. Unfallchirurg
 Chirurg / Unfallchirurgie
 Spezielle Unfallchirurgie
 Sportmedizin
 Sonographie – Chirotherapie
 Notfallmedizin – Physikalische Therapie
 b.u.B. Neuraltherapie – b.U.B. Akupunktur
 Hernienchirurgie und Proktologie
 Peer Review

Hygienebeauftragter Arzt

Dr. med. Ekkehard Frhr. von Castell

Chirurg
 Spezielle Unfallchirurgie
 Spezielle Visceralchirurgie
 Gefäßchirurgische Operationen

Dr. med. Werner Hauer

Orthopäde und Unfallchirurg
 Chirurg / Unfallchirurgie
 Spezielle Unfallchirurgie
 Physikalische Therapie
 Plastische Chirurgie, Handchirurgie

Vorstellung bei uns: _____ Uhrzeit _____ Uhr

Gewicht kg Größe cm RR mmHg Puls /min

Patient Name: _____

Vorname: _____ geb. am _____

Straße: _____ PLZ _____ Ort _____

Hauptversicherter Name: _____

Vorname: _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Ort der KK _____

männl weibl Staatsangehörigkeit: _____ Hausarzt: _____

Festnetznummer: _____ **Handy:** _____

Arbeitgeber/Schule: _____ Branche _____ Beruf: _____

Anschrift AG: Straße/Hs.-Nr. _____ PLZ Ort _____

Beschäftigt als: _____ seit wann: _____

Welche Beschwerden bestehen? _____

_____ seit wann? _____

Bei Unfall Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____ Uhr Unfallort+Str./Zi/Abt.: _____

_____ Unfall bei welcher Tätigkeit? Beim _____

Unfallhergang (bitte genaue Beschreibung) _____

_____ weiter bitte auf der Rückseite

Arbeitsbeginn am Unfalltag: _____ Uhr Arbeitsende am Unfalltag: _____ Uhr

Verhalten nach dem Unfall: weitergearbeitet Hausarzt Krankenhaus selbst behandelt Fremdversorgung

Erstmalig behandelt am: _____ durch: _____

Art der Erstversorgung: _____

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten Ja Nein AU seit wann? _____

Ist es Arbeits- Schul- Kindergarten- Kinderhort- Wege-Unfall zuständige BG? _____ in _____

Sonstiger Unfall: Privat- Verkehrs- Haushaltsunfall ? _____

Haben Sie	Welche Medikamente nehmen Sie	Dosis früh/mittags/abends
<input type="radio"/> hoher <input type="radio"/> niedriger Blutdruck		
<input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Herzerkrankung		
<input type="radio"/> Medikamente zur Blutverdünnung	<input type="radio"/> Marcumar, Xarelto, Dabi., Eliquis	<input type="radio"/> Plavix <input type="radio"/> ?
<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen, BlutKH		
<input type="radio"/> Schlaganfall, Lähmung		
<input type="radio"/> Zucker (Diabetes)	<input type="radio"/> Metformin <input type="radio"/> Insulin	
<input type="radio"/> Leber KH, Hepatitis, Gelbsucht		
<input type="radio"/> Fettstoffwechselstör. hohe Blutfette		
<input type="radio"/> Gicht, hohe Harnsäure <input type="radio"/> Rheuma		
<input type="radio"/> Asthma (Atemnot), Heuschnupfen		
<input type="radio"/> Allergie auf →		
<input type="radio"/> Stent <input type="radio"/> Herzbypass	wann	wievielfach
<input type="radio"/> oder andere Krankheit		
<input type="radio"/> sonst regelmäßige Medikamente		
letzte Tetanus-Impfungen	wann	
letzte FSME-Impfungen	wann	
letzte Hepatitis-Impfungen	wann	Titer?
letzte Grippe-Impfungen	wann	
<input type="radio"/> TBC, AIDS, MRSA oder sonst.	Bitte sofort Info+persönl.Gespräch	→ hygienische Maßnahmen