



#### 4. Vorerkrankungen

**Bitte bringen Sie die aktuellsten Befunde, Bilder und Medikamentenpläne mit, sofern Ihnen diese vorliegen.**

Welchen orthopädischen Operationen mussten Sie sich bereits unterziehen (Jahr)?

Schwerbeschädigten-Ausweis \_\_\_\_\_ %

Rentantrag:  ja  nein      Schwangerschaft:  ja  nein

#### Erkrankungen

(z.B. erhöhter Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Schilddrüse etc.):

#### Erkrankten Sie an:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Magengeschwür	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Leberleiden/Gelbsucht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Nierenleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Erhöhter Blutzucker	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien:	Anfallsleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Harnsäureerhöhung (Gicht)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Thrombose/Embolie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit, auch Injektionen bei Diabetes mellitus (Dosis)?

regelmäßig                       bei Bedarf

#### 5. Unfallereignis

Hatten Sie einen Unfall (Verletzungsereignis), der als Ursache für die derzeitigen Gelenkbeschwerden in Frage kommen könnte?                       ja  nein

Unfalltag: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall/Wegeunfall?                       ja  nein

zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

sonstiger Unfall:                       ja  nein

## 6. Angabe zu einem Beratungswunsch bei weiterführender Behandlung

- Falls im Anschluss an die ärztliche Behandlung bei Dr. Klingenberg bzw. im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung in der Beta Klinik eine weiterführende Behandlung mit physikalisch-medizinischen Leistung oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmittel erforderlich sein sollte, wünsche ich eine ausdrückliche Empfehlung des behandelnden Arztes.
- Falls im Anschluss an die ärztliche Behandlung bei Dr. Klingenberg bzw. im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung in der Beta Klinik eine weiterführende Behandlung mit physikalisch-medizinischen Leistung oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmittel erforderlich sein sollte, wünsche ich ausdrücklich keine Empfehlung des behandelnden Arztes.

Mein angegebener Wunsch ist für alle künftigen Behandlungen bei Dr. Klingenberg zu beachten und kann von mir jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

## 7. 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

## 8. Offene Fragen