

Patientenfragebogen für  
Dr. Peter Bock, Facharzt für Orthopädie

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, wenn Sie das erste Mal zu mir kommen. Sie helfen mir damit, wichtige Informationen ( Allergien, Medikamente), welche für Ihre Behandlung relevant sind, zu erhalten.

**Patient:**

Familienname:	
Vorname:	
Geb. Datum:	
Titel:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> GKK <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> andere:
Private Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ihre Adresse und Tel Nummer:**

Strasse / Gasse:	
Postleitzahl / Ort:	
Telefonnummer:	
Email:	

**Weitere wichtige Fragen ?**

Haben Sie Allergien ? Wenn ja, welche Allergien ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie zuckerkrank ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie blutverdünnende Medikation ? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie schon eine orthopädische oder unfallchirurgische Operation ? Wenn ja, welche und wann ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie andere Medikamente ? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

