



Ärztepartnerschaft

Dr.med. Axel Klein
FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
Sportmedizin, Osteologe DVO

&

Dr. med. Uwe Wittig
FA für Orthopädie
Akupunktur

- alle Kassen und privat-
Glashütter Str. 100, 01277 Dresden

Akademische Lehrpraxis der Medizinischen Fakultät der TU Dresden

Patient: Geb.- Datum:

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und werden uns jederzeit bemühen, Ihnen bei der Linderung Ihrer Beschwerden zu helfen.

Um Ihnen individuelle Therapieansätze erteilen zu können, benötigen wir Angaben zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte.

Bitte füllen Sie nachfolgende Fragen möglichst vollständig aus, damit wir Ihre Behandlung sicher gestalten können.

1. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, an **welchen** (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz, Schilddrüsenerkrankung, chronische Bronchitis, Osteoporose o.a.)

.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, **welche** -

.....

3. Hatten Sie schon einmal eine schwere Verletzung /Unfall (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse)?

Ja Nein

Wenn ja, wann und an welchem Körperteil?

.....

4. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, was, wann und an welchem Körperteil?

.....

.....

5. Leiden Sie an einer Allergie Ja Nein

Wenn ja, an welcher

6. Nennen Sie uns bitte Ihre Email-Kontaktadresse:

7. Nennen Sie bitte Ihre Telefonnummer:

8. Wie groß sind Sie ? cm Wie schwer sind sie?kg

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie im Fall einer Rezeptierung von Medikamenten, Physiotherapie, Einlagen, Bandagen und anderen Hilfsmitteln die freie Wahl einer Apotheke, eines Heil- und Hilfsmittelerbringers haben. Wenn Sie diesbezüglich Fragen haben, zögern Sie nicht, unser Praxisteam anzusprechen – wir helfen Ihnen gern.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit Ihrer Angaben

Dresden, den20..

Unterschrift / ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Vielen Dank

Dr. med. Axel Klein

Dr. med. Uwe Wittig