

**Orthopädisch-chirurgische  
Facharztpraxis  
Dr. Thomas Haber & Dr. Nir Ritter**

**Name:**

**Geb. Datum:**

**Krankenkasse:**

**Telefonnummer:**

**Hausarzt:**

**Beruf:**

**E-Mail-Adresse:**

**Besteht eine Schwangerschaft?    Ja            Nein**

Bitte in der letzten Spalte Erkrankung und Medikamente eintragen

Herz-Kreislaferkrankungen, z.B. Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall oder andere neurol. Erkrankungen, z.B. Epilepsie oder Demenz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen, z.B. Atemgerät oder Apnoe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Psychiatrische Erkrankungen, z.B. Depression	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankungen, z.B. Gicht, Cholesterin, Diabetes, Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Immunsystems, z.B. Rheuma, Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Erkrankungen des Blutes, z.B. Blutungsneigung oder Thrombose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Allergien, z.B. Pflaster oder Medikamente	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Plavix, Xarelto	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Unfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

Bei Unfällen schildern Sie bitte den Unfallhergang

---



---

Bad Dürkheim, den

Unterschrift