



Patientenbefragungsbogen

89073 Ulm
Hirschstraße 23
Tel 0731-68434
Fax 0731-6021239
www.orthopaedie-ulm.de
orthopaedie-ulm@t-online.de

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

1. Nebenerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Diabetes, Schlaganfall, Operationen.....)

2. Welche Medikamenten nehmen Sie regelmäßig ein? Blutverdünner?

3. Leiden Sie unter Allergien?

Nein: _____ Ja, unter: _____

Ulm, den _____

Unterschrift: _____