

NACHNAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_ Geboren am \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Damit wir Ihnen optimal helfen können, bitten wir Sie, schon jetzt einige Fragen zu beantworten.

**Trauma (Hergang):**

---

---

---

**Unfallort:**

---

**Datum des Unfalles:**

---

**Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Diabetes)**

NEIN  JA (bitte notieren Sie welche Erkrankungen)

---

---

---

**Nehmen Sie Medikamente aufgrund Ihrer Vorerkrankung?**

---

---

**Hatten Sie bereits chirurgische Eingriffe an den betroffenen Gliedmaßen?**

NEIN  JA (bitte geben Sie unten das Datum an)

---

**Nehmen Sie Medikamente aufgrund der Schmerzen?**

NEIN  JA (bitte geben Sie an welche Medikamente)

---

---

**Haben Sie Allergien?**

NEIN  JA: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?**

NEIN  JA

**Welchen Beruf üben Sie aus?** \_\_\_\_\_

**Welche Sportarten üben Sie aus?** \_\_\_\_\_