

# Aufnahmebogen

**Herzlich Willkommen in der Sportklinik Stuttgart!**  
Bitte füllen Sie das folgende Formular sorgfältig und möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

| Persönliche Angaben   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| Name  |                          |                                |
| Vorname   |                          |                                |
| Geburtsname   |                          |                                |
| Geburtsdatum  |                          |                                |
| Straße, Hausnummer  |                          |                                |
| PLZ, Wohnort  |                          |                                |
| Telefon (Festnetz/ Handy)   |                          |                                |
| Geschlecht:   | O weiblich<br>O männlich | Staatsangehörigkeit:           |
| Name nächster Angehöriger   |                          |                                |
| Tel. nächster Angehöriger   |                          |                                |
| Krankenversicherungsangaben   |                          |                                |
| Gesetzliche Krankenversicherung (Krankenkasse)  |                          |                                |
| Familienversicherung (Daten des Versicherten):  | Name:                    |                                |
|   | Geb. Datum:              |                                |
| Private Krankenversicherung   |                          |                                |
| Selbstzahler<br>* Sie sind der Rechnungsempfänger   | Ja O Nein O              |                                |
| Liegt ein Schul-/ Arbeitsunfall vor?<br>*Bitte füllen Sie das Dokument DO-I-151 „DAB-Formular“ sorgfältig aus | Ja O Nein O              | Name der Berufsgenossenschaft: |
| Sind Sie ein Kader-Sportler? (Olympiastützpunkt)  | Ja O Nein O              |                                |
| Bitte benennen Sie möglichst genau den Grund Ihrer Vorstellung  |                          |                                |
| An welchem Körperteil bestehen zur Zeit Ihre Beschwerden? (rechts, links, welcher Art?)                       |                          |                                |
|   |                          |                                |
|   |                          |                                |
| Seit wann haben Sie diese Art der Beschwerden?  |                          |                                |
|   |                          |                                |
| Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden, bzw. deren Entstehung (ggf. den Unfallhergang):                    |                          |                                |
|   |                          |                                |
|   |                          |                                |
| Weitere Angaben   |                          |                                |
| Handelt es sich um einen Sportunfall?   | Ja O Nein O              |                                |
| Wenn ja, bei welcher Sportart?  |                          |                                |
| Welchen Beruf üben Sie aus? (freiwillig)  |                          |                                |

**Bitte Rückseite ausfüllen, diese Angaben sind sehr wichtig für die ärztliche Behandlung**



| Weitere wichtige Angaben  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Name des Hausarztes   |   |  |   |
| Name des überweisenden Facharztes (Orthopäde/Chirurg)   |   |  |   |
| Waren Sie bereits Patient/in bei uns?   |   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>            |   |
| Stationär und/oder ambulant?  |   | stationär <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> |   |
|   |   | Wann zuletzt?  |   |
| Wurden Sie aufgrund Ihrer jetzigen Verletzung/Beschwerden bereits untersucht/vorbehandelt?  |   |  |   |
| Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>   |   |  |   |
| Liegen frühere Operationen/Verletzungen vor?  |   |  |   |
| Welcher Art?  |   |  |   |
| Wo und wann behandelt?  |   |  |   |
| Haben Sie allgemeine Vorerkrankungen?   |   |  |   |
| Herz  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Magen/Darm   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Niere  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Diabetes Mellitus   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Tumor  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Leber   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Lunge  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Osteoporose   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Thrombose/Embolie  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Haut  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Blutungsneigung  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Allergien, welche?<br>(insbesondere Metall)   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?                        | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Lokalanästhetikaunverträglichkeit?<br>(Narkose/örtliche Betäubung)  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         |  |   |
| Infektionskrankheiten<br>(z.B. Hepatitis, HIV)  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         | Allg. Infektionen, wenn ja, welche?                            | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?<br>(insbesondere gerinnungshemmende Medikamente (z. Bsp. Marcumar, ASS, Plavix) oder Antidiabetika (z. Bsp. Metformin)) |   |  |   |
| 1.)   | 2.)   | 3.)  |   |
| 4.)   | 5.)   | 6.)  |   |
| Wichtige Informationen für Ihre Röntgenuntersuchung   |   |  |   |
| Wurden aufgrund Ihrer jetzigen Verletzung/Beschwerden bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?   |   |  |   |
| Röntgenuntersuchung   | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/><br>Wenn ja, wann? _____ |  |   |
| Kernspinuntersuchung (MRT)  | Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>                         |  |   |
| Bei Frauen - bestehende Schwangerschaft? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>  |   |  |   |

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/ -in \_\_\_\_\_