



Dr. med. Uta Neukirchen
Fachärztin für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Rüsenacker 1
44799 Bochum

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in der orthopädischen Facharztpraxis
Dr. med. Uta Neukirchen.

Tel.: 0234 / 917 99 36
Fax: 0234 / 917 99 38

Um Ihnen eine individuelle, effektive und risikoarme Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns vorab einige Fragen zu beantworten:

Name, Vorname Geburtsdatum

Telefonnummer - **Festnetz und Mobil** -

E-Mail-Adresse

Wer ist Ihr Hausarzt?

Größe Gewicht

Was machen Sie beruflich?

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für die **stationäre** Behandlung? _____

1. **Vorerkrankungen:** Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Oder kam es in der Vergangenheit zu einer Krebserkrankung?

2. **Allergien und Unverträglichkeiten:** Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Substanzen/Arzneimittel oder kam es in der Vergangenheit zu Komplikationen nach Erhalt/Einnahme eines Medikamentes?

3. **Dauermedikation:** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Bitte listen Sie hier **alle** Medikamente auf, die Sie regelmäßig einnehmen!

Die orthopädische Schmerztherapie beinhaltet in vielen Fällen die Gabe von entzündungshemmenden und schmerzlindernden Medikamenten in Unterhautgewebe, Muskulatur oder Gelenke.

Dies kann trotz Einhaltung aller Vorsichtsmaßnahmen und Sterilitätskriterien in sehr seltenen Fällen (<0,01% oder ein Behandlungsfall von 10.000) Komplikationen nach sich ziehen.

Als solche sind Infektionen/Abszesse, Blutungen/Hämatome, Verletzung von Muskeln, Sehnen, Nerven und Blutgefäßen oder allergische Reaktionen zu nennen. In der Folge kann es zur Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes mit operativen Eingriffen und anhaltenden Funktionseinbuße der betroffenen Gliedmaße kommen.

Die Verabreichung solcher Injektionen bedarf der Einwilligung der Patienten.

Für den Fall, dass nach eingehender Untersuchung bei Ihnen eine Therapie mittels oben beschriebener Injektionen durchgeführt wird, willigen Sie nach ausreichender Bedenkzeit mit Ihrer Unterschrift in diese ein und erklären, dass Sie die möglichen Risiken zur Kenntnis genommen haben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Stellen (Ärzte, Krankenhäuser, MDK o.ä.) telefonisch, elektronisch und per Telefax übermittelt werden dürfen.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift