

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Ich danke für Ihr Kommen und begrüße Sie in der Ordination.



Praxis für Orthopädie

Dr. Roman Radl

FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Dieser **medizinische Fragebogen** kann und soll ein Gespräch nicht ersetzen. Er verschafft mir - zu Ihrer Sicherheit - einen Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte. Darüber hinaus können Sie den Fragebogen in Ruhe ausfüllen (zutreffende Angaben bitte ankreuzen) und werden so kaum etwas vergessen. Ihre Daten werden entsprechend der Datenschutzgrundverordnung vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Dr. med. Roman Radl & Praxisteam

| | |
|---|--|
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | PLZ: Ort: |
| Telefon: | Email: |
| Arbeitgeber: | Hausarzt: |
| Geburtsdatum: | Versicherungs Nr: |
| <input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB <input type="checkbox"/> SVS-GW | <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | |

- ☐ Mir ist **KEINE** Unverträglichkeit oder Allergie von Medikamenten bekannt
- ☐ Mir ist eine **Unverträglichkeit von Medikamenten** bekannt
- ☐ Ich besitze einen Allergiepass - Bitte **ALLERGIE-PASS** vorlegen
 - ☐ Ich habe eine Allergie auf Schmerzmittel (Voltaren, Aspirin etc...)
 - ☐ Ich habe eine Allergie auf Antibiotika _____
 - ☐ Ich habe eine Allergie auf lokale Betäubungsmittel (Zahnarztspritze!!!)
 - ☐ Mir ist eine Kortisonunverträglichkeit bekannt
 - ☐ Ich habe eine Pflasterallergie (Pollen-, Stauballergie müssen sie nicht angeben)
- ☐ Derzeit nehme ich **KEINE** Medikamente ein
- ☐ Ich nehme folgende **Medikamente** ein
- ☐ **Blutverdünnungsmittel:** ☐ ThromboASS ☐ Plavix ☐ Marcoumar ☐ Sintrom
 - ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Lixiana ☐ Eliquis ☐ sonstige
 - ☐ _____
 - ☐ Antibiotika
 - ☐ Schmerzmittel ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig (nur nach Bedarf)
 - ☐ Sonstige Medikamente
 - ☐ _____
- ☐ Ich trage ein **Metall** im Körper (*ausgenommen Zahnprothesen, Piercing*)
- ☐ **Schrittmacher, Defibrillator**
 - ☐ Künstliches Gelenk ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Schulter ☐ Sonstige
 - ☐ Platte, Schraube, Pumpe oder Andere an folgenden Körperteilen
 - ☐ _____

- ☐ Bei mir ist **KEIN** Blutleiden, Tumor oder bösartige Erkrankung bekannt
- ☐ Bei mir ist ein **Blutleiden, Tumor oder bösartige Erkrankung** bekannt
- ☐ Ich wurde wegen dieser Erkrankung operiert
 - ☐ Ich habe/hatte aus diesem Grund eine Chemotherapie
 - ☐ Ich habe/hatte eine Strahlenbehandlung
 - ☐ Der Tumor war an/in folgenden Körperteilen lokalisiert:
-

- ☐ Ich habe **KEINE** Magenbeschwerden oder Magenerkrankung gehabt
- ☐ Bei mir wurde einmal ein **Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür** festgestellt
- ☐ Ich habe derzeit Magenbeschwerden
 - ☐ Ich nehme Medikamente gegen meine Magenbeschwerden
- ☐ Ich bin/war wegen einer der folgenden **Erkrankungen** in Behandlung
- ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
 - ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Rheumatoide Arthritis, chronische Polyarthritis, Polymyalgie rheumatica
 - ☐ Nierenerkrankung
 - ☐ Lebererkrankungen, Hepatitis (Gelbsucht),
 - ☐ Schlaganfall, Sprachstörungen und/oder Halbseitenlähmungen
 - ☐ Verstimmungen, Depression, Angstzustände, Burn-Out
 - ☐ HIV-Infektion, AIDS
 - ☐ Gerinnungsstörung oder Gerinnungserkrankung
 - ☐ Andere: _____

- ☐ Bei mir ist eine **Herzerkrankung** bekannt
- ☐ Herzschwäche, Herzklappen- und/oder Herzmuskelerkrankung
 - ☐ Zustand nach Herzinfarkt, Angina Pectoris, STENT (Gefäßimplantat)
 - ☐ Zustand nach Bypass- oder Herzoperation

- ☐ Ich hatte in den **letzten 6 Wochen** einen **Unfall** oder eine **Verletzung**
-

Ich habe den **medizinischen Fragebogen** (2-seitig) vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt
Ich habe den **orthopädischen Aufklärungsbogen** (2-seitig) gelesen, verstanden und akzeptiert.
Ich habe die **DSGVO - Einwilligungserklärung** (1-seitig) gelesen, verstanden und akzeptiert.
Ich möchte noch folgende, ergänzende Fragen mündlich besprechen:

Graz am _____

Unterschrift: _____

Da sich Ihr Gesundheitszustand oder Ihre Medikation geändert haben könnte, müssen wir diesen Fragebogen erneut abfragen! Wenn sich Ihre Medikation oder Ihr Gesundheitszustand seit Ihrer letzten Konsultation geändert hat, teilen Sie dies UNBEDINGT den MitarbeiterInnen oder dem Arzt mit.

Orthopädischer Aufklärungsbogen

Dieser Aufklärungsbogen soll Sie über eine Reihe von Risiken aufklären, die bei typischen orthopädischen Behandlungen auftreten können. Der Inhalt ist keine vollständige Aufzählung. Der Aufklärungsbogen kann, darf und soll das individuelle Patientengespräch nicht ersetzen sondern es lediglich vorbereiten und unterstützen. **Insbesondere soll der Aufklärungsbogen Sie nicht hindern, ergänzende Fragen zu stellen.**

Jeder Facharzt für Orthopädie hat nach dem Medizinstudium eine mindestens 6-jährige (durchschnittlich 10-jährige) konservative, mikroinvasive und operative Spezialausbildung erhalten. Er ist somit ausgebildeter Schmerzbehandler und Spezialist für alle Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Bänder und Gelenke. Aufgrund seiner Ausbildung in den Kliniken informiert er Sie darüber, ob eine ambulante konservative Therapie oder eine Operation sinnvoll ist und Ihnen Nutzen verspricht. Auf dieser Grundlage können Sie dann entscheiden, welcher vorgeschlagenen Behandlung Sie sich unterziehen wollen. Genauso ist er in der Lage, alle Nachbehandlungen nach einer Operation durchzuführen und das Operationsergebnis langfristig zu kontrollieren. Nur im Einzelfall wird eine erneute Vorstellung in der Klinik erforderlich, die er dann für Sie einleitet.

Medikamente

Der Orthopäde empfiehlt Ihnen nach Ihren Angaben zu bekannten Risiken (Leberschaden, Nierenschaden, Allergien, Asthma usw.) den Einsatz von Medikamenten. Hierbei wird auf die Menge, die Dauer der Behandlung und mögliche - insbesondere risikoreiche - Nebenwirkungen hingewiesen.

Wenn Sie weitere Fragen haben, wird er Ihnen diese Fragen gerne beantworten. Bei allen Medikamenten sind z. T. auch gefährliche Nebenwirkungen möglich. **Wenn Sie eine Reaktion bemerken, informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt**, der mit Ihnen eine Abwägung des Nutzens gegen das Risiko durchführen wird. Falls möglich, wird er Ihnen eine Alternative anbieten. Medikamente gegen Gelenkschmerzen schaden zu ca. 30% dem Magen, dem Darm, der Leber, den Nieren und können Magenblutungen bewirken. Jedes Jahr sterben in Deutschland tausende Menschen an den Folgen solcher Nebenwirkungen durch unachtsame Einnahme. Weitere Informationen finden Sie auch im jeweiligen Beipacktext (Abschnitt für Patienten)

VIELE MEDIKAMENTE KÖNNEN ZUR **EINSCHRÄNKUNG DER VERKEHRSTAUGLICHKEIT UND AUCH DER REAKTIONSFÄHIGKEIT** BEI DER ARBEIT AN MASCHINEN FÜHREN. Führen sie daher solche Tätigkeiten nur nach Prüfung ihrer Reaktionsfähigkeit durch und achten Sie auf die Angaben im Beipacktext. Wir wissen um die Risiken: Ändern Sie daher nicht selbständig die Dosierung und nehmen sie keine Medikamente eines Bekannten! - Bitte sprechen Sie das mit ihrem Orthopäden ab.

Spritzen, Infiltrationen, Blockaden

In der Orthopädie werden viele Beschwerden im Inneren der Gelenke, an Sehnen, Bändern und Gelenkkapseln behandelt. Um eine rasche Wiederherstellung der Funktion und Schmerzfreiheit zu erreichen, ist es oft sinnvoll, ein Medikament durch eine Spritze an den Ort der Beschwerden zu verabreichen.

Dabei liegt das Risiko einer eitrigen Entzündung trotz sorgfältiger steriler Vorgehensweise nach den geltenden medizinischen Hygienestandards bei 1:40.000 oder weniger. Insbesondere bei Injektionen in Gelenke kann es - wenn auch in seltenen Fällen - zu schwerwiegenden Folgen bis hin zur Gebrauchs-unfähigkeit des Gelenkes kommen. In diesen Fällen können weitere Behandlungen (Antibiotikagabe, Gelenkspülungen und/oder Operationen) notwendig werden. Bei Infiltrationen im Bereich der Rippen und des Rückens kann in extrem seltenen Fällen auch die Lunge betroffen sein, in diesen Fällen kann ebenfalls ein operativer Eingriff zur vorübergehenden Entlastung der Lunge, eine sogenannte Thoraxdrainage, notwendig werden.

WENN SIE EINE SPRITZENBEHANDLUNG NICHT WÜNSCHEN, SAGEN SIE DAS BITTE!

Ihr Arzt wird Ihnen eine andere Option vorschlagen, sofern diese medizinisch sinnvoll erscheint. Allerdings ist dabei in der Regel mit einer langsameren Schmerzlinderung im Vergleich zu einer Injektion zu rechnen. Bei Rückenschmerzen aufgrund von Nervenbeschwerden sind Injektionsbehandlungen an den Stellen, an denen Nerven austreten, in den Wirbelgelenken oder im Wirbelkanal die wirksamsten Methoden zur Schmerzlinderung. Auch hier kann es trotz sorgfältigen Vorgehens und Einhaltung aller Hygienestandards zu nicht sicher vermeidbaren eitrigen Entzündungen kommen. Eine statistisch verlässliche Zahl ist nicht bekannt, es handelt sich um Einzelfälle. Wenn es zu einer eitrigen Entzündung oder Blutung kommt, sind die möglichen Folgen trotz konservativer oder in seltensten Fällen operativer Behandlung sehr ernst. Schlimmstenfalls können sich bleibende Lähmungen entwickeln.

In Einzelfällen kann es nach einer Epiduralblockade unter anderem zu Kopfschmerzen in aufrechter Körperhaltung, Übelkeit, Erbrechen, Nackensteifigkeit, Ohrensausen oder Schwindel kommen. Die Ursache dafür ist ein Leck in der Rückenmarkshaut. Eine spontane Heilung tritt häufig auf und nur in seltenen Fällen muss das Leck operativ verschlossen werden.

WENN SIE EINE INFILTRATIONS-BEHANDLUNG ABLEHNEN, WIRD IHR ORTHOPÄDE EINE ANDERE THERAPIE MIT DEREN RISIKEN ABWÄGEN UND MIT IHNEN ABSPRECHEN.

Einrenken (manipulative Chirotherapie)

Hat Ihr Orthopäde eine Blockierung eines Wirbelgelenkes festgestellt, wird er Ihnen vorschlagen, diese über eine geführte, natürliche Bewegung zu mobilisieren. Im Falle einer Deblockierung sind unter bestimmten Voraussetzungen Röntgenaufnahmen erforderlich, um andere Risiken (Knochendefekte, Abszesse, Tumoren usw.) auszuschließen. Bei Manipulationen der oberen Halswirbelsäule kann es neben Reizungen der Gelenkkapsel in äußerst seltenen Einzelfällen zu ernststen Durchblutungsstörungen kommen, die Lähmungen wie bei einem Schlaganfall zur Folge haben.

WENN SIE DIESE BEHANDLUNG NICHT WÜNSCHEN, INFORMIEREN SIE BITTE IHREN ORTHOPÄDEN, DAMIT ER IHNEN EINE ALTERNATIVE ANBIETEN KANN.

Kortison

Kortison ist als körpereigenes Hormon ein bestens abschwellendes und entzündungshemmendes Medikament. In niedrigen Mengen ist es zur Behandlung vor allem von akuten Gelenkschmerzen und entzündlichen Sehnenenerkrankungen durch kein anderes Medikament übertroffen.

Auch hier kann es bei Infiltrationen in äußerst seltenen Fällen selbst unter optimalen, sterilen Bedingungen zu Entzündungen und lokalen Nekrosen kommen, die ein lokales Absterben von Gewebe und Gewebsrisse zur Folge haben könnten.

BITTE HABEN SIE KEINE BEDENKEN IHREN ORTHOPÄDEN ZU INFORMIEREN, WENN SIE MIT EINER KORTISON-BEHANDLUNG NICHT EINVERSTANDEN SIND.

Kontrollen, Verhalten bei Veränderungen, Verschlechterung oder Problemen

Vereinbarte Kontrollen und **Befundbesprechungen** sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Das Nichterscheinen zu Terminen, auch nur zur Befundbesprechung, kann **schwerwiegende gesundheitliche Folgen** haben, da elektronische Befunde erst im Rahmen der Kontrolle bearbeitet und verifiziert werden. Bitte nehmen Sie in unklaren Fällen vorab Kontakt mit der Ordination auf.

Bei einer Verschlechterung Ihrer Beschwerden wie z.B. Schmerzen, Schwellungen, Fieber oder anderen unklaren Symptomen, ist eine **rasche** ärztliche Untersuchung erforderlich.

Bei Auftreten von akuten Lähmungen, Gefühlsstörungen und/oder Verlust der Harn-/Stuhlkontrolle ist eine **sofortige** ärztliche Kontrolle in der Ordination beziehungsweise in einem Krankenhaus (EBA-Notaufnahme) notwendig.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Patienten

- ✓ Ich erkläre mich einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Aufnahme in die Behandlung, die Krankheitsvorgeschichte, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) auch auf elektronischem Wege an andere medizinische Dienstleister und Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Röntgen, CT-/ MR-Institute, Labor, Physiotherapeuten usw.) übermitteln und/oder auch von diesem anfordern darf.

- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer Behandlung durch einen Vertretungsarzt dieser zum Zwecke und für die Dauer der Behandlung Einsicht in meine CT-/MR-/Röntgenbefunde und sonstigen Karteiunterlagen nehmen darf.

- ✓ Weiters erkläre ich mich damit einverstanden, dass auch ärztliche MitarbeiterInnen, OrthopädietechnikerInnen und auch Physiotherapeuten/innen innerhalb der Ordination zum Zwecke und für die Dauer der Behandlung, zur Qualitätsverbesserung, auch in die Röntgen/CT/MR und sonstigen Karteibefunde des Arztes Einsicht nehmen dürfen.

- ✓ Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung von Daten durch E-Mail, FAX oder Post (unbefugte) Dritte von diesen Informationen Kenntnis erlangen und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

- ✓ Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung zur Zusendung allfälliger gesundheitsbezogener Daten, wie beispielsweise Befunde, durch elektronische Post. Weiters erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Erinnerung an Kontrollen im Zusammenhang mit Leistungen und Veranstaltungen der Ordination kontaktiert werde.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit mittels Brief, per E-Mail sowie telefonisch widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen meines Widerrufs davon unberührt.