

# Klinik für Allgemeine Orthopädie und Rheumatologie

## Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

---

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geb. Datum.:

Telefonnummer:

**Bitte bringen Sie zum Vorstellungstermin folgende Unterlagen mit:**

- Prothesenpass
- OP – Bericht
- Röntgen: alte und aktuelle Röntgenbilder
- Aktuelle Medikationsliste:

Vorerkrankungen:

Blutverdünnung:       Ja                       Nein

Allergien:	Chrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Kobalt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Nickel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Methylmetacrylat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bei Rückfragen können Sie sich gerne an das orthopädische Sekretariat wenden,  
Tel.: 0221 – 8274 2234.