

# Fragebogen Unfall

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Patientinnen und Patienten!

Durch Ausfüllen dieses kleinen Fragebogens helfen Sie mit, die für Sie optimale Behandlung anbieten zu können.

Zutreffendes bitte ggf. ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen.

Wann ereignete sich der Unfall?	
Welches Körperteil wurde verletzt?	
Angaben zum Unfallmechanismus (z.B. Knie verdreht oder Sturz auf die ausgestreckte Hand)?	
Traten die Schmerzen direkt nach dem Unfall auf oder mit einer Zeitverzögerung?	
Waren Sie bereits in fachärztlicher Behandlung wegen diesen Schmerzen? Ggf. Welcher/s Facharzt/ Krankenhaus? Über welchen Zeitraum?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bereits bildgebende Diagnostik durchgeführt ? [Röntgen, „Röhrenuntersuchung“, wie z.B. Kernspintomographie oder CT]	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine Operation empfohlen oder durchgeführt?	JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Vielen Dank!