

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße Hausnr.: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

UNSERE FRAGEN AN SIE

Um welches Gelenk handelt es sich?

_____ Anderes: _____

Gibt es bereits die Diagnose Arthrose für das betroffene Gelenk?

☐ Ja ☐ Nein

Bestehen bei Ihnen andere Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, Fibromyalgie, Gicht?

☐ Ja ☐ Nein

Wurden schon konservative Therapien, wie Physiotherapie oder Gelenkinjektionen, durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel wegen des betroffenen Gelenkes?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es ein Röntgenbild von dem betroffenen Gelenk oder ein MRT/CT?

☐ Ja, das ist vom Datum: _____ ☐ Nein

Gab es bereits Operationen an dem betroffenen Gelenk?

☐ Ja ☐ Nein