

## Patientenaufnahmebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich:  weiblich:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Gesetzlich versichert  ja  nein

Privatversichert  ja  nein

Falls privat: Beihilfeberechtigt oder Basistarifvertrag? \_\_\_\_\_

Falls Sie mit Überweisung kommen: Ich bin damit einverstanden, dass Befundberichte an meinen Hausarzt übersandt werden (auch elektronisch)

ja  nein

Möchten Sie an erforderliche Kontrolluntersuchungen erinnert werden, wenn der Termin schon überfällig ist?

ja  nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem anderen Orthopäden/Unfallchirurgen?

ja  nein

Wurde in den letzten 12 Monaten ein Röntgenbild von Wirbelsäule oder Gelenken angefertigt?

ja  nein

Krankheitsvorgeschichte/Risikofaktoren (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis/HIV)                  | <input type="checkbox"/> Thrombose                            |  |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Nieren                                   | <input type="checkbox"/> Magenprobleme                        | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Rheuma  | <input type="checkbox"/> Ist in Ihrer Familie Rheuma bekannt? |  |
| <input type="checkbox"/> Hatten sie als Kind eine Erkrankung an Hüfte oder Wirbelsäule |   |  |

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Allergien (Medikamente/Pflaster/Latex/Metalle)

Wenn ja, welche Allergien? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen bekannt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen Knochenbruch? Wenn ja, wann und wo ?

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was und wann ?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Blutabnahme? \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme:

Cortison

Blutverdünnend: z.B. Marcumar

Andere Medikamente: \_\_\_\_\_

➔ Bitte geben Sie Ihren Medikamentenplan und mitgebrachten Befunde an der Anmeldung ab!

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Empfehlung     überweisender Arzt \_\_\_\_\_     Internet     Telefonbuch

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt, der Datenschutz wird entsprechend der aktuellen EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) gewahrt.

Memmingen, \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Patienten