

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.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Gesetzlich versichert ja nein

Privatversichert ja, Versicherung: _____

nein

Falls privat:

Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie im reduz. Tarifvertrag? ja nein (falls ja, Bitte um Nachweisvorlage)

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? (z.B. Knochendichtemessung oder Prothesenkontrolle)

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

➔ wenn ja, Bitte um Vorlage der Vorbefunde

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 (Hüftdysplasie oder Skoliose) | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Allergien (Medikamente/Pflaster/Latex/Metalle) | |

Wenn ja, welche Allergien? _____

Sonstige Erkrankungen bekannt? _____

Hatten Sie jemals einen Knochenbruch? Wenn ja, wann und Lokalisation/Seitenangabe?

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und Lokalisation/Seitenangabe?

Wann war Ihre letzte Blutabnahme und wo? _____

Medikamenteneinnahme:

- Cortison (in welcher Dosierung? Seit wann?) _____
- Blutverdünnend: Marcumar ASS andere _____
- Andere Medikamente: _____
- Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine: _____
- ➔ Bitte geben Sie Ihren Medikamentenplan und mitgebrachten Befunde an der Anmeldung ab!

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Falle eines nicht eingehaltenen Termins eine Ausfallgebühr erhoben werden kann. Hierbei werden Ihre Daten an unsere Abrechnungsstelle weitergeleitet.

Memmingen, _____

Datum

Unterschrift des Patienten

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.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

hiermit entbinde ich das Ärzteteam vom ORTHOPAEDICUMM Memmingen von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner persönlichen Vertrauensperson

Frau/Herrn _____

(Name, Vorname)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt dieser genannten Person des Vertrauens uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt. Sofern notwendig dürfen dieser Person auch vorliegende Unterlagen wie Facharzt-, Kur-, bzw. Krankenhausberichte, Rezepte oder Überweisungsscheine, die mich betreffen, ausgehändigt werden.

Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Eltern/Sorgegeber.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich erteile dem ORTHOPAEDICUMM keine generelle Vollmacht zur Weiterleitung meiner Befunde und Behandlungsdaten. Ich möchte aktuell keine Übermittlung meiner Behandlungsdaten an meinen Hausarzt oder behandelnden Arzt

Ich möchte, dass mein behandelnder Arzt im ORTHOPAEDICUMM meine Befunde an meinen Hausarzt/überweisenden Arzt sendet.
Ich bin mit der Übermittlung meiner Behandlungsdaten an den untenstehenden Arzt einverstanden.

(Name und Adresse des Hausarztes oder überweisenden Arztes)

Memmingen, _____

Datum

Unterschrift des Patienten

Ich bin informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

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.

Liebe Patientinnen und Patienten des ORTHOPAEDICUMM,

wir weisen Sie darauf hin, dass bei Nichterscheinen zum vereinbarten Sprechstundentermin bzw. einer fehlende Absage innerhalb der 24 Stunden vor Termin eine Ausfallgebühr erhoben wird.

In diesem Fall werden Ihre Adressdaten an unsere assoziierte Abrechnungsstelle im Rahmen des o.g. Vorganges vermittelt.

Ich habe diese Informationen gelesen und bin mit o.g. Regelung einverstanden.

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Datum

Unterschrift