

Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf jetzt und in Zukunft so reibungslos wie möglich für Sie gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name:	Vorname:
<hr/>	
Geburtsdatum:	Beruf:
<hr/>	
Straße, Hausnr:	Ort:
<hr/>	
Telefon (privat):	Telefon (mobil):
<hr/>	
E-Mail:	Krankenkasse:
<hr/>	
Größe:	Gewicht:

Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):

Name:	Vorname:
<hr/>	
Geburtsdatum:	
<hr/>	

Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:

Hausarzt:	Ort:
<hr/>	

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt, Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Befundübermittlung per E-Mail:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde per Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

OrthoTOPAugsburg wird gegenüber folgenden vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:

Praxis:	Adresse:
<hr/>	
Praxis:	Adresse:
<hr/>	

Regelmäßige Medikamente: (Bitte zwingend Blutverdünner angeben)



Name:

Vorname:

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

OrthoTOP wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörige oder gesetzlichen Betreuer (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja

Nein

Gesundheitsfragen:

Leiden Sie an Vorerkrankungen oder sind bereits Operationen bei Ihnen durchgeführt worden?

Leiden Sie, oder hatten Sie eine Infektionskrankheit, z. B. Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht), HIV, usw., wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien, wenn ja, welche?

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Im Falle einer Terminverhinderung bitten wir Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andere Patienten sind Ihnen dankbar!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter