



AUFNAHMEBOGEN

OTC | ORTHOPÄDIE
TRAUMATOLOGIE
CENTRUM REGENSBURG



1. Grund Ihres Besuchs

2. Wer hat Sie zugewiesen?

3. Persönliche Angaben

Name

Straße

Vorname

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Beruf/Arbeitgeber

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefon mobil

E-Mail

Terminerinnerung via E-Mail erlaubt

Informationen zur Praxis via E-Mail erlaubt

Sind weitere Familienmitglieder bei uns Patient/-in im OTC | REGENSBURG?

4. Versicherung

Krankenkasse

Mitversichert bei (Name, Geburtsdat., Adresse)

Zusatzversicherung für stationäre Behandlung:

ja nein 1-/2-Bettzimmer
 Chefarztwahl
 Beihilfe

Krankenkasse Zusatzversicherung

5. Befundbericht

Wünschen Sie einen Befundbericht?

ja nein

zu Ihren Händen an Hausarzt an zuweisenden Arzt an: _____

6. Unfall (nur auszufüllen bei einem Arbeits-/Wege-/Schulunfall)

Hatten Sie einen Arbeits-/Wege-/Schulunfall?

ja nein _____
Unfalltag/-uhrzeit

Vorbehandlung/Erstaufnahme durch

Unfallort (genaue Adresse)

Zuständige Berufsgenossenschaft

Name + Adresse Arbeitgeber/Schule

Unfallhergang

Beschäftigt seit

7. Nebenerkrankungen

Besteht, oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/Zustände?

- Frühere Probleme bei Infiltrationen? ja nein _____
- Allergien/Unverträglichkeiten? ja nein _____
- Blutgerinnungsstörungen? ja nein _____
- Einnahme blutverdünnende Medikamente? ja nein _____
- Thrombose/Embolie? ja nein _____
- Magenreizung, Gastritis? ja nein _____
- Schwangerschaft? ja nein _____
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein _____
- Sind andere Nebenerkrankungen bekannt? ja nein _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funktionsschwäche Nieren | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselkrankheit | <input type="checkbox"/> Fettleber/Leberzirrhose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßverengung (Angina pectoris) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzmuskelschwäche | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Stent, Clip | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Art. Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Venenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma u.ä.) |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Infektionen | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Leberentzündung) |

Andere: _____

Falls im Anschluss und/oder im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung im OTC | REGENSBURG eine weiterführende Behandlung (z.B. mit Physiotherapie, mit orthopädie-technischen Hilfsmitteln, orthopädischen Einlagen, Laufschuhe u.a.) erforderlich sein sollte

- wünsche ich ausdrückliche eine Empfehlung der behandelnden Ärzte des OTC | REGENSBURG
- wünsche ich ausdrücklich keine Empfehlung der behandelnden Ärzte des OTC | REGENSBURG

Mein angegebener Wunsch gilt für alle zukünftigen Behandlungen im OTC | REGENSBURG und für alle Ärzte des OTC | REGENSBURG. Er kann von mir jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ganz oder teilweise widerrufen werden.

Die Richtigkeit o.g. Angaben wird bestätigt.

Regensburg, den _____

Patient/-in, oder gesetzliche/-r Vertreter/-in

