



## AUFNAHMEBOGEN

### 1. Grund Ihres Besuchs

\_\_\_\_\_

### 2. Wer hat Sie zugewiesen?

\_\_\_\_\_

### 3. Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terminerinnerung via E-Mail erlaubt

Informationen zur Praxis via E-Mail erlaubt

\_\_\_\_\_

### 4. Versicherung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für stationäre Behandlung:

Ein- oder Zweibettzimmer

Chefarztwahl

Beihilfe

\_\_\_\_\_

### 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Nebenerkrankungen

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

- Frühere Probleme bei Spritzen?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien/Unverträglichkeiten?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_
- Einnahme blutverdünnende Medikamente?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_
- Thrombose/Embolie?  ja  nein Wo? \_\_\_\_\_
- Magenreizung, Gastritis?  ja  nein \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft?  ja  nein Woche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_
- 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 ausdrücklich 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





**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR  
ÜBERMITTLUNG VON BEHANDLUNGS-  
DATEN UND BEFUNDEN  
(§ 73 ABS. 1B SGB V)**

**OTC** | ORTHOPÄDIE  
TRAUMATOLOGIE  
CENTRUM **REGENSBURG**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte des OTC | ORTHOPÄDIE TRAUMATOLOGIE CENTRUM REGENSBURG die Behandlungsdaten/-befunde von mir einholen dürfen, die beispielsweise meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung war/bin, vorliegen und die zur weiteren Behandlung notwendig sind. Die Ärzte des OTC | ORTHOPÄDIE TRAUMATOLOGIE CENTRUM REGENSBURG verpflichten sich, diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung zu verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die folgenden Leistungserbringer durch die Ärzte des OTC | ORTHOPÄDIE TRAUMATOLOGIE CENTRUM REGENSBURG weitergeleitet werden können an:
- Hausarzt: \_\_\_\_\_
- Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Empfangsberechtigt für die Entgegennahme meiner personenbezogenen Dokumente (z.B. Rezepte, Arztbriefe, Befunde, Bildmaterial) ist:

\_\_\_\_\_  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann ist mir bekannt.

Regensburg, den \_\_\_\_\_

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