



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

Hatten Sie einen Arbeits-/Wege-/Schulunfall?

ja nein _____

Unfalltag/-uhrzeit

6. 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

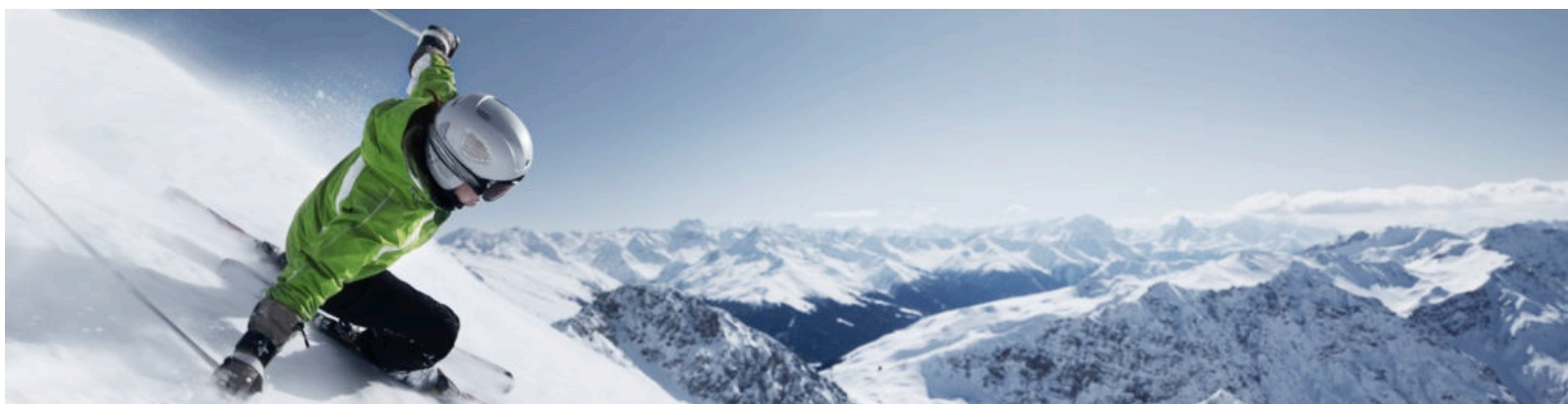
- wünsche ich ausdrücklich eine Empfehlung der behandelnden Ärzte des OTC | REGENSBURG
- wünsche ich ausdrücklich keine Empfehlung der behandelnden Ärzte des OTC | REGENSBURG

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