

PATIENTEN-ANMELDUNG

Anrede	Frau	Herr	Unspezifisch	Divers	Offen
Titel Nachname:					
Vorname:			Geburtsdatum:		
SV-Nr.: (10-stellig)			Krankenkasse:		
Adresse : Stiege/Tür:					
PLZ:			Ort:		
Tel-Nr.:					
E-Mail*:					
Notfallkontakt - Name und Telefonnummer					
Hausarzt					
Zusatz- versicherung		Ja <input type="checkbox"/>	Wenn JA Versicherungsträger _____		
		Nein <input type="checkbox"/>	Wahlarzt <input type="checkbox"/> Sonderklasse <input type="checkbox"/>		
Gewicht:			Größe:		
IBAN:					

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für eine optimale und risikoarme Behandlung:

Haben Sie Allergien auf Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche:		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnungs-Hemmung ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche: (z.B. Marcoumar, Thrombo Ass, Plavix)		
Leiden Sie an?	Ja	Nein		Ja	Nein
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magengeschwür / Entzündung der Magenschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATIENTEN-ANMELDUNG

Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Ja	Nein	
Haben Sie eine Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie generell Medikamente? (Dauermedikationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ja, welche:
Bestehen bei Ihnen Erbkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ja, welche:
Welche Operationen sind bis jetzt durchgeführt worden (z.B. Hüft-/ Kniegelenksersatz) und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ja, welche:
Haben Sie Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls ja, seit wann:

Wo haben sie Schmerzen?
Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?
Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?
Persönliche Anmerkungen:

PATIENTEN-ANMELDUNG

*Einwilligungserklärung E- Mailübermittlung für Patienten

Ich willige ein, dass meine behandelnden Ärzt*innen sämtliche Informationen aus meiner Patient*innendokumentation an meine aktuelle E-Mailadresse verschlüsselt senden dürfen. Das bedeutet, dass Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose/n, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten an die von mir angegebene E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail versandt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Falls Sie der Datenübermittlung nicht zustimmen wollen, bitte durchstreichen.

Patientenaufklärung:

Wie bei jeder medizinischen Behandlung kann es auch bei orthopädischen Behandlungen zu unerwünschten Komplikationen kommen. Dazu zählen Unverträglichkeitsreaktionen auf Medikamente, die zu Kreislaufstörungen führen können. Bei jeder invasiven Verabreichung eines Arzneimittels (intravenöse Infusion, Infiltration in Gelenkhöhlen oder Muskelgewebe) kann es trotz steriler Arbeitsweise zu Infektionen kommen, die eventuell eine Antibiotikatherapie oder chirurgische Sanierung des Infektionsherdes nach sich ziehen können. Hämatome (Blutergüsse) sind mögliche, meist harmlose Begleiterscheinungen von Infusionen und Infiltrationen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu unerwünschten Nebenwirkungen und Komplikationen kommt, ist äußerst gering (Infektion nach Spritze – ca. 1 von 10.000 Patienten), dennoch müssen Sie sich des Restrisikos bewusst sein und mit Ihrer Unterschrift einer Behandlung in unserer Ordination zustimmen.

Sollten Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, ersuchen wir Sie, uns dies rechtzeitig- d.h. mindestens 24 Stunden vorher – mitzuteilen. Termine, die nicht innerhalb dieser Frist storniert werden, sind bedauerlicherweise in Rechnung zu stellen!

PATIENTEN-ANMELDUNG

Wir möchten Sie höflichst darauf hinweisen, Ihre Honorarnote sofort bei Bezahlung zu prüfen, da eine Stornierung im Nachhinein aus buchhalterischen Gründen nicht mehr möglich ist.

Ich bin mit der Speicherung meines IBANs, zum Zwecke der Einreichung bei der Krankenkasse, einverstanden.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass gewisse Therapien, die durchgeführt werden, nur teilweise oder gar nicht von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse übernommen/refundiert werden.

Nein, ich möchte den OSZM-Newsletter NICHT erhalten!

Datum:

Unterschrift:

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:
 Empfehlung von:

Herold	<input type="checkbox"/>	Google	<input type="checkbox"/>
Docfinder	<input type="checkbox"/>	Arztsuche 24	<input type="checkbox"/>
Praxisplan	<input type="checkbox"/>	Printmedien	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>