

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Mobil-Nummer _____

E-Mail-Adresse _____

Hausarzt _____

Versicherung:

gesetzlich versichert nein ja

privat versichert nein ja

→ falls privat versichert:

beihilfeberechtigt nein ja

Basistarif nein ja

welche Privat-Versicherung? _____

Falls Sie mit Überweisung kommen: Ich bin damit einverstanden, dass Befundberichte an meinen Hausarzt übersandt werden (auch elektronisch). nein ja

Möchten Sie von uns an erforderliche Kontrolluntersuchungen erinnert werden oder wichtige Informationen erhalten? nein ja

Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem anderen Orthopäden/Unfallchirurgen? nein ja

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja wenn ja: Blutverdünner Cortison

Haben Sie bekannte Allergien? nein ja wenn ja: Pflaster Medikamente Metall Latex

→ Bitte geben Sie Ihren Medikamentenplan, ihren Allergiepass und mitgebrachte Befunde an der Anmeldung ab!

→ Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Version 2.0					Seite 1 von 2
Erstellt/ überarbeitet am:	08.02.2021	Durch	J. Waibel		Unterschrift
Geprüft und Freigabe am:	09.02.2021	Durch	Dr. A. Wetzler		Unterschrift

Haben oder hatten Sie eine der unten aufgeführten Erkrankungen?

Herzerkrankung/Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Atemwegs-/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt, der Datenschutz wird entsprechend der aktuellen EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) gewahrt.

Forchheim, den _____

Unterschrift

Version 2.0					Seite 2 von 2
Erstellt/ überarbeitet am:	08.02.2021	Durch	J. Waibel		Unterschrift
Geprüft und Freigabe am:	09.02.2021	Durch	Dr. A. Wetzler		Unterschrift