

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

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