

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in Ihrem Orthopaedum.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Größe in cm

Gewicht in kg

Telefon (privat)

E-Mail * Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu
medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Hausarzt (Name | Ort) * Freiwillige Angabe – sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein,
kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Was ist Ihr Besuchsgrund?

Bei Beschwerden: Seit wann bestehen diese?

Ist die Behandlung heute Folge eines Unfalls? Ja Nein

Wenn ja, Unfalltag

Uhrzeit

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Ja Nein

Ich bin mir nicht sicher

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart?

Stunden/Woche

Hatten Sie orthopädische Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)?

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Traten in Ihrer unmittelbaren Verwandtschaft
Erkrankungen gehäuft auf? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?
(Blutgerinnung, Verhütungsmittel z.B. Pille) Ja Nein

Wenn ja, welche?

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Haben Sie zur Verhütung eine Spirale? Ja Nein

BITTE WENDEN >



Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma COPD |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. Unfall _____ | | |

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Orthopaedeum-Team.

Orthopaedeum

Orthopädische Gemeinschaftspraxis
Wallstraße 27
21682 Stade

Dr. med. Hans-Hilmer von der Wense
Facharzt Orthopädie

Christian Knappwerth
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie