



Orthopaedicum ● Bürstadt

Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Tel.Nr.:.....E-Mail:.....

Beruf:.....

Krankenversicherung:.....

Größe:.....Gewicht:.....

Hausarzt:.....

Allgemeine Erkrankungen:

1. Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt)

.....

2. Gefäßerkrankung (z.B. Schlaganfall, Thrombose).....

.....

3. Stoffwechselerkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes).....

.....

4. Atemwegserkrankung (z.B. COPD).....

.....

5. Infektionserkrankung (z.B.HIV, Hepatitis).....

.....

6. Sonstiges (z.B. Krebserkrankungen, Hauterkrankungen, Schilddrüse).....

.....

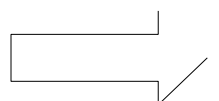
Dauermedikation:

.....

Allergien:

Voroperationen (Operation, Datum):.....

.....



Vollmacht für die Abholung bestellter Dokumente:

Ich erteile eine Vollmacht für unten genannten Bevollmächtigten. Die Vollmacht berechtigt dazu, in meinem Namen vorbestellte Dokumente (Bsp. Rezepte, Überweisungen) abzuholen.

Bevollmächtigter (mit Name und Adresse):
.....

Die Vollmacht gilt ab sofort / ab dem(Datum).

Sie ist längstens bis.....(Datum) gültig / gültig bis auf Widerruf.

Bitte beachten Sie, dass die Vollmacht nur für die Dauer von maximal einem Jahr besteht.

Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte/r Patient/in,

wir dürfen sie bitten, die von Ihnen fest vereinbarten Termine in der Sprechstunde sowie zur Physiotherapie einzuhalten.

Sollten Sie einen dieser Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie uns Ihre Verhinderung telefonisch oder per E-mail **mindestens 24 Stunden vorher** mitzuteilen. Ausnahmen sind selbstverständlich Termine unmittelbar nach dem Wochenende oder bei akuter Krankheit.

Sollten sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, ohne uns rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280BGB).

Mit meiner Unterschrift bin ich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten in meiner Patientenakte verarbeitet werden (s. DSGVO). Ein Widerruf ist mir jederzeit möglich.

Ebenso erkläre ich mich mit der Berechnung nicht eingehaltener Termine einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift