



## Orthopädische Gemeinschaftspraxis Bonn

### Anmeldung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon Mobil	Telefon dienstlich
E-Mail Adresse		
Beruf	Arbeitgeber	

#### Versicherungsstatus

- Privat krankenversichert bei: \_\_\_\_\_
- Beihilfeberechtigt     Ja ( Stadt  Land  Bund)     Nein
- PSKV (Private studentische Krankenversicherung)
- Gesetzlich krankenversichert     Pflichtversichert     Freiwillig versichert
- Ich wünsche Privatbehandlung (§13 Abs2 SGB V)

#### Daten

Wir versichern Ihnen den sorgsamsten Umgang mit Ihren persönlichen Daten. Informationen zum Datenschutz finden Sie als Aushang in der Praxis, diesen händigen wir Ihnen gerne persönlich aus.

- Ich bin einverstanden, dass meine Daten ggf. zu folgenden Zwecken weitergeleitet werden:
- Auftragslaboratorien (Die Adressen können Sie auf Wunsch erfragen)
  - Privatärztliche Verrechnungsstelle Dr. Holzaepfel
- Ich bin einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen abgeholt werden:
- \_\_\_\_\_
- Ich bin einverstanden, dass Sie mit- und weiterbehandelnden Ärzten und folgenden Angehörigen telefonisch Auskunft geben:
- \_\_\_\_\_
- Ich bin einverstanden, dass mich die Praxis ggf. per E-Mail oder telefonisch kontaktiert.

Dieses Einverständnis kann ich gemäß SGB V §73 Absatz 1B jederzeit widerrufen.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Bonn, \_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

## Überweisung

Ich wurde überwiesen von: \_\_\_\_\_

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

- Patienten  Bekannten/Kollegen  
 Krankengymnast/Masseur  Internetrecherche  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:**  Nein  Ja

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Herzschrittmacher?  Nein  Ja

Unverträglichkeit von örtlichen Betäubungsmitteln:  Nein  Ja

Unverträglichkeit von Kontrastmitteln:  Nein  Ja

Unverträglichkeit von anderen Medikamenten:  Nein  Ja

Ggf. welche: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Allergische Reaktionen (wie z.B. Heuschnupfen)

Ggf. welche: \_\_\_\_\_

Gelbsucht	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	HIV-Infektion	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Leberkrankheiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja			

## Vielen Dank.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Bonn, \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten