



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. Holzäpfel
- Ich bin einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen abgeholt werden:
- _____
- Ich bin einverstanden, dass Termine über das Doctolib Kalendersystem vereinbart werden und ich SMS und/oder E-Mails für Terminerinnerungen erhalte.
- 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