

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Herzlich willkommen in meiner orthopädischen Praxis.

Damit wir Sie optimal behandeln können, benötigen wir genaue Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte.
Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Wenn Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein sollten, machen Sie bitte ein Fragezeichen.
Wir nehmen den Schutz ihrer persönlichen Daten ernst. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Persönlich Angaben

Name/Vorname		Geburtsdatum
Anschrift	Postleitzahl	Wohnort
Beruf	Größe in cm	Gewicht in kg
Email (z.B. für Terminerinnerungen)		Telefonnummer
Hausarzt		

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Seit wann haben Sie die aktuellen Beschwerden?	_____ O Tagen	O Wochen	O Monaten	O Jahren
Ist die Behandlung heute Folge eines Unfalls?	O Ja	O Nein		
Wenn ja, Unfalltag: _____				
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	O Ja	O Nein		
Treiben Sie Sport?	O Ja	O Nein		
Wenn ja, welche Sportart? _____ mit _____		Stunden pro Woche.		
Hatten Sie orthopädische Operationen?	O Ja	O Nein		
Wenn ja, welche und wann (Jahreszahl)? _____				
Haben Sie Allergien auf Medikamente?	O Ja	O Nein		
Wenn ja, welche? _____				

Haben 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			



Medikamente

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche (z.B. Blutverdünner, Verhütungsmittel, Osteoporosemedikamente)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Arzt

☐ Familie

☐ Bekannte/r

☐ Telefonbuch

☐ Zeitung

☐ Homepage

☐ Google/Suchmaschine

☐ GelbeSeiten

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit Ihrer Angaben

Rottweil, den _____

Datum

Unterschrift

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).

Rottweil, den _____

Datum

Unterschrift