

Patientenanmeldung

Titel: _____ Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße /Nr.: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Private Krankenversicherung: _____ mit Beihilfe Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: _____

Abweichende Rechnungsadresse bei Minderjährigen

Falls der Rechnungsempfänger minderjährig ist, geben Sie bitte die Rechnungsadresse eines Erziehungsberechtigten oder einer bevollmächtigten Person an:

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße /Nr.: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer _____ E-Mail: _____

Bitte beachten Sie, dass die Rechnung in diesem Fall auf den angegebenen Erziehungsberechtigten ausgestellt wird.

Allgemeine Krankengeschichte

Allergien: Nein Ja; welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein; Ja; Falls Ja, welche SSW? _____

Besteht bei Ihnen eine andere Erkrankung außerhalb des orthopädischen Fachgebiets?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Magenleiden | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Krebsleiden |

Sonstiges: _____

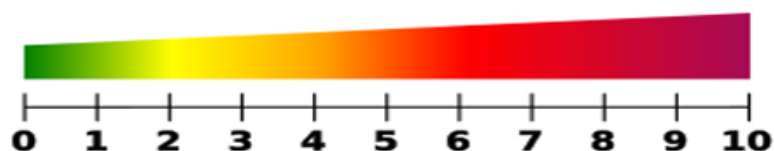
Medikamenteneinnahme: Nein Ja; welche: _____

Voroperationen Bewegungsapparat: Nein Ja; welche: _____

Aktuelle Schmerzen auf einer Visuellen Analog Scala

0 = kein Schmerz, 10 = Maximaler Schmerz

Bitte entsprechende Zahl einkreisen:



Ort, Datum, Unterschrift: _____