

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben sind freiwillig. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Dürfen wir Ihrem Hausarzt einen Bericht senden? ja nein

Angaben zur Versicherung

Gesetzlich versichert

bei _____

Zusatzversichert für Wahlarztleistung stationär ja nein

bei _____

Privat versichert

bei _____

Sondertarif ja nein

Welchen? _____

Wahlarztleistung stationär ja nein

Beihilfe ja nein

bei _____ mit _____ Prozent

Zimmerwahl ja nein

Wenn Sie mit ja antworten,
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

Ja Nein

1. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Ja Nein

2. Haben Sie Allergien (z.B. gegen Nickel, Pflaster, Medikamente)? Wenn ja, welche? _____

3. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

4. Gicht Ja Nein

5. Rheuma Ja Nein

6. Osteoporose Ja Nein

7. Fibromyalgie Ja Nein

Ja Nein

8. Sonstige Gelenkerkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein

9. Tumorleiden (Krebs). Wenn ja, welche? Ja Nein

10. Haben Sie bereits Endoprothesen? Wenn ja, wo? Ja Nein

11. Hatten Sie schon mal eine Arthrosebehandlung Ja Nein

mit Eigenblut-Infiltration (PRP/ACP) Ja Nein

mit Hyaluronsäure-Infiltration Ja Nein

Bitte wenden 

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wenn Sie mit ja antworten,
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

Ja Nein

Ja Nein

12. Hatten Sie schon mal eine Behandlung mit

Akupunktur

Axomera

13. Hatten Sie bereits Erfahrung mit der Anwendung von

Kinesio-Tape? (z.B. zur Behandlung von muskulären Beschwerden oder Rückenschmerzen?) Wenn ja, wie viel?

einmalig gelegentlich regelmäßig

14. Erfolgte bei Ihnen im Rahmen von Sehnenbeschwerden oder einer Kalkschulter bereits die Durchführung einer Stoßwellentherapie?

15. Haben Sie Erfahrung mit der Kryotherapie?

(Kryotherapie mit hyperbarem CO₂ (Cryofos) wird zur Behandlung von Verletzungen oder Entzündungen (z.B. Frozen Shoulder) und nach Operationen bei Auftreten von Schmerzen oder Schwellungen durchgeführt.)

Einwilligungen

Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, ist es hilfreich auf direktem Wege mit den beteiligten Ärzten und kooperierenden Kliniken sowie Praxen zu kommunizieren. Deshalb bitten wir aus Gründen des Datenschutzes um Zustimmung zu folgenden Punkten:

- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe sowie der Einholung meiner Daten an vor-, mit- und nachbehandelnde Ärzte und Physiotherapeuten ausdrücklich zu. Dies betrifft bei gesetzlich versicherten Patienten auch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und im Falle einer Operation die mit der Arthro Clinic Hamburg kooperierenden Krankenhäuser. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der Arthro Clinic Hamburg kooperierende Labor (Labor Lademannbogen) übermittelt werden dürfen.
- Mir ist bekannt, dass die Arthro Clinic Hamburg das Terminmanagementsystem der Doctolib GmbH nutzt. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden u.a. folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail, Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Über die Möglichkeit, diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen zu können, wurde ich aufgeklärt.

Datum

Unterschrift

Praxis Rahlstedt

Rahlstedter Bahnhofstr. 7a, 22143 Hamburg
Tel. 040-675 620-0

Praxis Bergedorf

Weidenbaumsweg 6, 21029 Hamburg
Tel. 040-725 45 45-0

Mail praxis@arthro-clinic.de
Web www.arthro-clinic.de

