

Patientenfragebogen / Erstuntersuchung
Einverständniserklärung Datenschutz
(bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Gütersloh, den

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße : _____ PLZ+ Ort : _____

Wir möchten Sie gern mit höchster Qualität in unserem Fachgebiet behandeln. Wir bitten Sie daher um Mithilfe bei der vollständigen Erfassung von wichtigen Diagnosen, die bei Ihrer Therapie in unserer Praxis von Bedeutung sein könnten!

Berufliche Tätigkeit: _____ E-Mail privat: _____

Telefon dienstlich: _____ privat: _____

Hausarzt _____ Überweisender Arzt _____

Ich bin damit einverstanden, dass ich vom Orthopaedicum Informationen zur Terminplanung und/oder Änderungen der Therapie per SMS erhalte () ja () nein. Tel.mobil: _____

Soll der Hausarzt einen **schriftlichen Bericht** über die hier erhobenen Befunde und die Behandlung erhalten?

Ja O Nein O

Sind Sie **schwanger**? Ja O Nein O

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

0. **Allergie** a) Nickel, b) Pflaster, c) Latex, d) Penicillin, sonstige _____ ? O

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** wie e) Marcumar, f) ASS, g) andere? Welche _____ ? O

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

Wenn Sie an einer der folgenden Erkrankungen unseres Fachgebietes leiden, so kreuzen Sie dies bitte an:

1. **Infektionskrankheiten** (z.B. AIDS, Hepatitis, etc.) Welche? _____ O
2. **Krebserkrankung**, Welche? _____ O
3. Hatten Sie schwerwiegende **Komplikationen bei einem chirurgischen oder medizinischen Eingriff**? Welche ? _____ O
4. Hatten Sie eine **Organtransplantation**? Welcher Art ? _____ O
- 5a. **Osteoporose** (b wenn osteoporosebedingte Knochenbrüche, welche _____ ?) O
6. **Wirbelbruch** a Halswirbelsäule O b Brustwirbelsäule O c Lendenwirbelsäule O Höhe ? _____
7. Schwerwiegende **Erkrankung der Blutbildung oder Blutgerinnung**? Welche ? _____ O
8. **Wirbelkanaleinengung** (Spinalkanalstenose) an der a Halswirbelsäule O b Lendenwirbelsäule O
9. **Bandscheibenerkrankungen** mit Einengung der Nervenaustrittspunkte O
a) an der Halswirbelsäule O Höhe ? _____ b) an der Lendenwirbelsäule O Höhe ? _____
10. **Multiple Sklerose (MS)** O
11. **Rheumatoide Arthritis** (chronische Polyarthritis) O
12. **Psoriasis-Arthritis** (Gelenkentzündung bei Schuppenflechte/Psoriasis) O
13. **Polymyalgia rheumatica** (entzündliches Weichteilrheuma) O
14. **Morbus Bechterew** (Spondylitis ankylosans) O
15. **Niereninsuffizienz** (Leistungsschwäche der Niere) O
16. **Chronisch entzündliche Darmerkrankung**, a) Morbus Crohn, b) Colitis ulcerosa, Welche? _____ O

17. **Hüftdysplasie** (angeborene Fehlstellung des Hüftgelenkes)
18. **Ausgeprägte schwere Lähmungen** an Armen und/oder Beinen (Paresen/Paralysen) (wo? _____)
19. a) **Morbus Parkinson**, b) **essentieller Tremor**, c) **restless legs-Syndrom**, Welche? _____
20. **Unfallbedingte (Teil-)Amputation** a) eines Armes oder b) eines Beines (Welche Höhe? _____)
- 21a. **Blutzuckererkrankung** (Diabetes mellitus)
- 21b. Brauchen sie **Insulin** zur Behandlung?
22. **Schilddrüsenerkrankung**, Welche? _____
23. **Bluthochdruck** (Hypertonie)
24. **Epilepsie**
25. **Herzrhythmusstörung**
26. **Lungenerkrankung**, a) Asthma, b) Emphysem, c) COPD, Welche? _____
27. **Sonstige Erkrankungen** _____
-

Einverständniserklärung zur Erhebung und Weitergabe meiner Patientendaten im Orthopaedicum Gütersloh

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch meinen im Orthopaedicum Gütersloh praktizierenden Arzt und – im Bedarfsfall – (z.B. im Rahmen einer Vertretung meines behandelnden Arztes durch die anderen Ärzte im Orthopaedicum Gütersloh) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift schließe ich somit einen **gemeinschaftlichen** Behandlungsvertrag mit allen im Orthopaedicum Gütersloh praktizierenden Ärzten. Dieser stellt die Grundlage für meine Behandlung in der Praxis dar. Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis im Bedarfsfall meine erhobenen Patienten- und Behandlungsdaten einsehen können.

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten an meine mich außerhalb des Orthopaedicum Gütersloh behandelnden Ärzte oder Leistungserbringer zum Zwecke der dort geführten Karteikarte und der daraus resultierenden Behandlung schriftlich, telefonisch oder per Fax übermitteln darf und dass der mich behandelnde Arzt bei meinen mitbehandelnden Ärzten oder Leistungserbringern erforderliche Patientendaten und Befunde schriftlich, telefonisch oder per Fax erfragen bzw. anfordern darf. Ich willige ein, dass zum Zwecke der Mitbehandlung Untersuchungen in einer externen Labor- oder radiologischen Praxis durchgeführt werden dürfen (z.B. MRT, CT, PRT-Behandlungen, etc.).

Ferner stimme ich der Mitbehandlung anderer Fachärzte – nach Abschluss eines entsprechenden Behandlungsvertrages in der jeweiligen Praxis – im Bedarfsfall zu. Meine hierzu relevanten Patientendaten dürfen zu diesem Zwecke übermittelt bzw. im Orthopaedicum Gütersloh angefordert werden. Die Auskunft kann schriftlich, telefonisch oder per Fax erfolgen. Bei Privatpatienten wird ggfs. von entsprechender Stelle eine Rechnung erstellt. Sollten ärztliche Unterlagen in der Praxis für mich hinterlegt werden, die nicht persönlich von mir in Empfang genommen werden können, muss dem Fremdbahler eine Vollmacht erteilt werden, in welcher der **Praxisname**, der **Name des Abholers** sowie das **abzuholende Dokument** beschrieben wird. Der Abholer hat sich mit seinem Personalausweis zu identifizieren.

Es ist mir jederzeit möglich, diese Einverständniserklärung teilweise oder in allen Punkten zu widerrufen. Meine Zustimmung gilt bis zu einem eventuellen Widerruf auch für zukünftige Behandlungen im Orthopaedicum Gütersloh.

Ich habe die oben genannten Fragen – soweit mir bekannt – vollständig beantwortet.

Mit der vorstehenden Datenschutzerklärung bin ich einverstanden und willige mit meiner Unterschrift ein.

Die Angaben werden in unserer Praxis-EDV erfasst und erhöhen so die Sicherheit bei Ihrer Behandlung!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam

Unterschrift des Patienten