

Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Hochkreuz  
Dr. med. H. Klippert / Dr. med. M. Sippel /  
Dr. med. J. Frenzel-Callenberg  
Gotenstr. 164, 53175 Bonn

**Anmeldebogen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen und freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken.  
Bevor wir in Ruhe über Ihre Belange sprechen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch  
wichtige Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Seite 3). Ihre Angaben  
unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben \* sind fakultativ.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail \*: \_\_\_\_\_

Beruf \*: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

-----

Bei Kindern/ Ehegatten (Mitversicherung):

Name und Geburtsdatum der / des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Straße/Wohnort (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

-----

Krankenversicherungsstatus:

Name der Kasse: \_\_\_\_\_

Privat

Postbeamten B

Gesetzliche Krankenkasse

Beihilfe

Selbstzahler

Standardtarif

KVB I-III

KVB IV

Freiwillig versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse (§ 13 Abs. 2 SGB V)



**Patienteninformation:**

Jeder Behandlungsfall und somit jede Behandlung zu der wir Ihnen raten, bedarf Ihrer Zustimmung. Insbesondere bei Injektions- und Punktionsbehandlungen weisen wir im Rahmen unserer Aufklärungspflicht auf folgende Punkte hin:

- bei allen in guter Absicht eingesetzten Medikamenten können auch unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, die bei rechtzeitigem Erkennen meist ungefährlich sind.
- bei Injektionen (Einspritzungen) oder beim Absaugen von Flüssigkeit aus Gelenken (Punktion) kann es in sehr seltenen Fällen, trotz korrekter Technik zu kleinen Blutungen, Nerven- oder Hautreizungen kommen, in extrem seltenen Fällen zu Infektionen eines Gelenkes oder des Gewebes (Wahrscheinlichkeit laut Literatur 1:30 000).
- sollten Sie nach einer Spritze Überwärmung, Fieber starke Schmerzen, Rötung oder Schwellung der behandelten Region feststellen, unterrichten Sie uns bitte umgehend oder kommen Sie in unsere Praxis. Außerhalb der Sprechzeiten suchen Sie bitte den ärztlichen Notdienst oder ein Krankenhaus in Ihrer näheren Umgebung auf.

**Fragebogen:**

1. Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein  
welche: \_\_\_\_\_
2. Sind Sie am Herz-Kreislauf-System erkrankt?  ja  nein  
(z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen)
3. Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder Leberentzündungen?  ja  nein
4. Leiden Sie unter Gerinnungsstörungen, häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung?  ja  nein
5. Sind Allergien bekannt oder Unverträglichkeiten von Medikamenten (Schmerz- / Betäubungsmittel, etc.), Nahrungsmitteln, Pflaster, Latex?  ja  nein  
welche: \_\_\_\_\_
6. Haben Sie häufig Infektionen?  ja  nein
7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente  ja  nein  
(z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Heparin, etc.)

8. Für Frauen im gebärfähigem Alter: Besteht eine Schwangerschaft (wievielte Woche?) oder könnten Sie schwanger sein?  ja  nein

9. Welche Erkrankungen hatten Sie bisher? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Gab es im Rahmen ärztlicher Untersuchungen oder bei Eingriffen irgend-  
Welche Komplikationen?  ja  nein.  
welche: \_\_\_\_\_

11. Betreiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein  
Sportarten: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_