

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

() Gesetzliche Krankenkasse

() Selbstzahler

KVB I-III

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

() Postbeamten B

() Beihilfe

() Standardtarif

() KVB IV

Privat/Beihilfe/Selbstzahler

Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit Stand vom 01.05.2001. Der Vergütungsanspruch besteht gegenüber dem Patienten (oder dessen gesetzlichen Vertreter) unmittelbar und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Nach § 12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Nach § 4 Abs. (5) GOÄ wird Ihnen bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Histologie, Radiologie [MRT/CT]) von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen.

Behandlungsauftrag/Erklärung des Patienten:

Hiermit beantrage ich die Untersuchung / Behandlung und Berechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch die Praxisinhaber und / oder deren ärztlichen Vertreter. Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze nach § 5 bzw. 5b GOÄ) berechnete Honorar auch dann selbst zu tragen, wenn Versicherungen und / oder Beihilfestellen es nicht oder nicht im vollen Umfang übernehmen. Die Information über den Leistungs- und Erstattungsumfang der jeweiligen Versicherung bzw. Beihilfe ist Aufgabe des Versicherten. Es bestand für mich die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ (erhältlich durch das Praxispersonal).

Obiger Abschnitt wurde von mir gelesen und zur Kenntnis genommen.

Bonn, den _____

 Unterschrift des Patienten Unterschrift des Arztes

Vorab einige kurze Erläuterungen zum Praxisablauf:

Wir sind stets um kurze Wartezeiten und optimierte Behandlungsabläufe in unserer Praxis bemüht. Aus diesem Grunde vergeben wir grundsätzlich Termine. Jedoch sind wir als orthopädische und unfallchirurgische Facharztpraxis häufig kurzfristig auch Anlaufstelle für akute Problemfälle und Notfälle. Aus genannten Gründen ist eine exakte Terminplanung trotz des Bemühens aller Beteiligten nicht immer möglich. Die Ihnen angegebenen Termine sind somit bitte als Richtwerte anzusehen. Wir bitten Sie höflich, Termine die von Ihnen nicht eingehalten werden können, so früh oder sobald als möglich, ggf. auch per E-Mail oder über docotlib abzusagen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben. Änderung bitten wir Sie uns bei Ihrem nächsten Besuch mitzuteilen.

Patienteninformation:

Jede Behandlung, die wir bei Ihnen durchführen, bedarf Ihrer Zustimmung. Insbesondere bei Injektions- oder 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 bei Punktions (Absaugen von Flüssigkeit aus Gelenken) kann es in sehr seltenen Fällen, trotz korrekter Technik, zu kleinen Blutungen, Nerven- oder Hautreizungen kommen, in extrem seltenen Fällen zur Infektion eines Gelenkes oder des Gewebes (Wahrscheinlichkeit lt. Lit. 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 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
irgendwelche

Komplikationen? ☐ ja ☐ nein.

welche: _____

11. Betreiben Sie regelmäßig Sport? ☐ ja ☐ nein

Sportarten: _____

Unterschrift des Patienten: _____