

Fragebogen bei Erstuntersuchung oder Wiedervorstellung bei wesentlichen Änderungen



Dr. med. Hans-Joachim Reis
 Facharzt für Orthopädie und Anästhesie

Privatpraxis für Orthopädie
 Schmerz/Psychotherapie
 Brückenstr. 32-34
56112 Lahnstein

Zusatzbezeichnungen der Ärztekammer

- Spezielle Schmerztherapie
- Notfallmedizin
- Spezielle Radiologie
- Physikalische Therapie
- Akupunktur(alle Dipl.)
- Rehabilitationswesen
- Chirotherapie
- Sportmedizin
- Psychotherapie (Tiefenpsych.)
- Hypnose

Weiterhin:

- Osteopathie
- Naturheilverfahren
- Reisemedizin
- Osteologie

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon

Mobil

Emailadresse

Messenger-Dienst gewünscht? Ja Nein
 (Signal, WhatsApp, andere)

Körpergröße

Gewicht

Medikamente / Dosierung

Allergien

Patientinnen 12 - 60 Jahre Schwangerschaft	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer? Wenn ja, welche?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Wesentliche Erkrankungen und Operationen (bitte in zeitlicher Reihenfolge) :

Falls Sie zu Ihren Erkrankungen keine weiteren Angaben machen können oder machen möchten, ggf. bitte ankreuzen :

- Herz Blutdruck Blutgerinnung Zucker Blut/Niere Rheuma
 Schmerzen Allergie Durchblutung Leber/Galle Magen/Darm Lunge/Atmung
 Nervenleiden Tumor _____ _____

Zuckerkrankheit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Insulin	mit <input type="radio"/>	ohne <input type="radio"/>

Gicht	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sonstiges	_____	

Gibt es Untersuchungen und/oder Behandlungen, die Sie nicht vertragen oder aus eigener Erfahrung oder Überzeugung ablehnen?

Zu unserer Information bitten wir (nur wenn Sie das möchten) um Nennung Ihres Hausarztes (Name/Ort) und/oder anderer aktueller Behandler, sofern vorhanden :

Vorhergehende Therapie?

Weitere Wünsche (z.B. Begutachtungen, Atteste, Berichte, Rententräge usw.)

Hauptanliegen des heutigen Besuchs (wird noch ausführlich besprochen)

Meine Krankenversicherung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Abrechnung auf Basis der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privatärztlich erfolgt und ich ausreichend über Aufwand und Kosten informiert wurde. Gesetzlich versicherte Patienten weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlungskosten möglicher Weise nicht von Ihrer Versicherung (z.B. AOK, Ersatzkassen, BKK) übernommen werden.

Ich habe dazu keine weiteren Fragen, bzw. meine Fragen wurden beantwortet.

Den Informationsbogen zum Datenschutz (siehe Unterlage) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass bei Vorbehandlern ggf. weitere Informationen eingeholt werden dürfen (z.B. Röntgenaufnahmen/Befunde, Operationsberichte; zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen u.a.) und bestätige dies ebenfalls mit meiner obigen Unterschrift. Ja Nein

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

- Empfehlung Internet Branchenverzeichnis (Gelbe Seiten u.a.) Andere: _____

Impfstatus Covid-19 : _____ -fach Zuletzt : _____ Nicht geimpft : _____ Getestet Antigen//PCR
Genesen/Z.n. statt gehabter Infektion (Monat/Jahr) : _____