

ORTHOPÄDISCHE PRAXIS
DR. MED. A. CHINTA & DR. MED. J. BREDEL
 SCHWERPUNKTPRAXIS FÜR SPORTMEDIZIN UND SPORTVERLETZUNGEN
 CHIROTHERAPIE - AKUPUNKTUR - MBST-ZENTRUM
 * AMBULANTE OPERATIONEN IN DER ATRIUM-PRAXISKLINIK IN BENSHEIM *

Anamnesebogen:

Bitte schreiben Sie deutlich und leserlich!

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Hausarzt, Ort, Straße Krankenkasse

Tarif bei Privatversicherung: Normal Standard Studenten Basis Beihilfe
 Private Zusatzversicherung: Nein Ja

Telefon privat dienstlich

Handy Fax

E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Allergien gegen Medikamente

Dauermedikamente

Operationen

HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alkoholiker	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> trocken	
Marcumar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig
MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Faktor-V-Leiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von mir ein Patientenfoto (Portraitbild) ja nein angefertigt und gespeichert werden darf.
 Dieses Foto dient ausschließlich der visuellen Zuordnung Ihrer digitalen Patientenakte und dadurch Ihrer Datensicherheit.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und mir bei Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile entstehen. Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass personenbezogene Daten unter Einhaltung der DSGVO verarbeitet werden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz.“

 Datum, Unterschrift Patient

Hiermit bestätige ich, dass der Patient bzw. die Patientin über die Einverständniserklärung aufgeklärt wurde, dass er/sie in der Lage ist, diese zu verstehen und dazu fähig ist, die Einwilligung zu geben.

 Datum, Unterschrift des Aufklärenden

Patientenerklärung

Liebe Patientin,

lieber Patient,

Pat. –Nr.: _____

seit dem 01.04.05 sind wir verpflichtet dem überweisenden Arzt bzw. dem Hausarzt einen Bericht zukommen zu lassen. Diese Erklärung ist bis auf Widerruf gültig.

Ich wünsche die Weitergabe meiner Daten an den Hausarzt: ja nein

Ich wünsche die Weitergabe meiner Daten an den überweisenden Arzt: ja nein

Datum, Unterschrift

Vollmacht zur Befundübermittlung an die orthopädische Praxis

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

BITTE in Druckbuchstaben ausfüllen!

Hiermit stimme ich einer Übermittlung meiner Behandlungsdaten zu und bevollmächtige die

Orthopädische Praxis Dr. Chinta und Dr. Bredel, Darmstadt.

FAX: 06151-2783451

diese, bis auf Widerruf, anfordern zu dürfen.

Darmstadt _____

Datum

Unterschrift

Ambulante Operationen in der Atrium-Praxisklinik in Bensheim | MBST-Zentrum

Akupunktur | Arthrotherapie | Atlasterapie | Chirotherapie | 4D-Wirbelsäulenvermessung | Hochton-Therapie | MBST Kernspinresonanz-Therapie
Laser-Therapie | Osteonekrose-Therapie | Osteoporose-Therapie | KISS-Syndrom-Therapie | Mikrostrom-Therapie | Offenes Extremitäten-NMR
GOLDIC-Therapie | ACP/PRP-Therapie | Proliferationstherapie | Spineliner-Wirbelsäulenstoßwelle | Stoßwellentherapie | Wirbelsäulentherapie

Bankverbindung: Sparkasse Darmstadt | BLZ: 508 501 50 | Konto: 724 823 | IBAN: DE76 5085 0150 0000 7248 23 | BIC: HELADEF1DAS | IK-Nr: 205207987