



Persönliche Daten, Krankengeschichte und Datenschutz

1. Persönliche Daten

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: ____.:____.:_____ Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Telefon: _____ mobil: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

E-Mail: _____

derzeitiger Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

2. Versicherung

Krankenkasse: _____

mitversichert bei: _____ geb.: _____

Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen im Krankenhaus:

Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chefarztwahl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja _____%	<input type="checkbox"/> nein

3. Unfallereignis

Hatten Sie einen Unfall (Verletzungsereignis), der als Ursache für die derzeitigen Gelenkbeschwerden in Frage kommen könnte? ja nein Unfalltag: _____

Arbeitsunfall/Wegeunfall? ja nein sonstiger Unfall? ja nein

4. vorherige Operationen

Welchen größeren Operationen mussten sie sich bereits unterziehen (Jahr)?

Schwerbeschädigten-Ausweis: _____% Schwangerschaft ja nein

bitte wenden!

5. vorbestehende Erkrankungen

z.B. erhöhter Blutdruck, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz ...

Allergien:

Leiden Sie an: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leberleiden/Gelbsucht ja nein

Nierenleiden ja nein

Herzerkrankung (z.B. Stents) ja nein

erhöhter Blutzucker ja nein

Thrombose/Embolie ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein (speziell Blutverdünner, auch Injektionen)?

6. Einverständniserklärung zur Erhebung/Speicherung/Übermittlung von Patientendaten (gem. §73, Abs. 1b, SGB V)

Ich, _____, erkläre mich einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten in der **KniePraxis** gespeichert und verarbeitet werden.
- der mich behandelnde Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

Hausarzt: _____

- folgende Angehörige Auskunft hinsichtlich meiner Befunde, einer Terminvereinbarung und der Rezeptvergabe erhalten dürfen: Ehepartner Lebenspartner Eltern Kinder
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- meine Daten für die sog. Versorgungsforschung, d.h. die anonymisierte Auswertung von ohnehin routinemäßig erhobenen Daten, benutzt werden dürfen.
- ich eine Empfehlung des behandelnden Arztes wünsche, falls im Anschluss oder im Zusammenhang mit der Behandlung eine weiterführende Behandlung mit physikalisch-medizinischen Leistungen oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erforderlich sein sollte.
- im Falle einer geplanten Operation meine dafür notwendigen Daten an die entsprechende Klinik weitergereicht werden dürfen.
- im Falle einer geplanten Operation, die patienten-spezifischer, individuell hergestellter Lösungen bedarf, meine dafür notwendigen Daten an den entsprechenden Hersteller im Inland oder inner- oder außereuropäischen Ausland weitergereicht werden dürfen

Es ist mir bekannt, dass ich o.g. Erklärungen jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

Mir wurde mitgeteilt, dass ich jederzeit die geltenden Datenschutzbestimmungen in der Praxis einsehen kann, ich auf Wunsch auch eine Kopie bekommen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters