

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift (Str./PLZ/Ort): _____

Tel. priv.: _____ Tel. mobil.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse/ Versicherung: _____

Ggf. Private Zusatzversicherung: _____

beinhaltete Leistungen:

Chefarzt

1 Bett oder 2 Bett

allgemeine Krankenhausleistung

Hausarzt (Name/ggf. Adresse): _____

Facharzt (Name/ ggf. Adresse): _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

HIV-positiv ja nein

Hepatitis in der Vorgeschichte ja nein

Vorerkrankungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Asthma, Diabetes, Gicht etc.): _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Bisherige Operationen: _____

Seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung (DSGVO). Wir sind alle verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass wir Ihre personalbezogenen Daten speichern. Die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten ist die Voraussetzung für Ihre Behandlung/Untersuchung. Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dieses gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Behandlungsdaten an o.g. Fachärzte weiterleiten dürfen.

Datum: _____ Unterschrift Pat. (bzw. Erziehungsberechtigter): _____

Im Rahmen unserer Aufklärungspflicht weisen wir vorsorglich insbesondere auf folgende Punkte hin:

- Bei Injektionen/Punktionen kann es selten zu kleinen Blutungen oder Nervenverletzungen kommen
- Infektionen eines Gelenks oder des Gewebes in der Umgebung kommen trotz korrekter Technik vor, sind aber selten, dies kann auch zu einem chronischen Infekt führen der ggf. mehrfach operiert werden muss

Wenn Sie nach einer Injektion Überwärmung, Fieber, starke Schmerzen und/oder Schwellung der behandelten Region feststellen, unterrichten Sie uns bitte telefonisch oder kommen Sie in die Praxis, sollte diese nicht besetzt sein, stellen Sie sich bitte in der Notaufnahme vor.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis, dass Sie ausreichend aufgeklärt wurden und Injektionen nach vorheriger Absprache mit Ihnen durchgeführt werden dürfen.

Datum: _____ Unterschrift Pat. (bzw. Erziehungsberechtigter): _____

**Dr. med. Ernst-Helmut Schwer
und Kollegen**
Ärzte für Orthopädie und Sportmedizin

Schwerpunkt:
Knie-, Schulter- und Fußchirurgie
Sporttraumatologie

Straßenbahnring 7
20251 Hamburg
Telefon: 040 / 302088570
Telefax: 040/ 302088579
praxis@agilis-gelenkzentrum.de