

PERSÖNLICHE DATEN

Name/Vorname	Geburtsdatum	Straße	PLZ/Ort
Beruf	Krankenkasse/Hausarzt	Größe	Gewicht
E-Mail		Telefon	Mobil

Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung? ja nein Wenn ja, welche? _____

Zimmerart: Einbettzimmer Zweibettzimmer

Sind Sie für Wahlleistungen versichert? Chefarztbehandlung ja nein

Jetzige Beschwerden: _____

VORERKRANKUNGEN

Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gicht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Magengeschwür	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Operationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welchen?	_____
Sonstige wichtige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____

DIE RÖNTGENVERORDNUNG SCHREIBT VOR, FOLGENDE ANGABEN ZU MACHEN

Welche radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchungen fanden in den letzten 2 Jahren statt? Bitte gewissenhaft ausfüllen.

Wann fand diese statt?	Name des Radiologen/oder des Krankenhauses	Welche Körperregion wurde untersucht?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein vielleicht

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle Ärzte des Gelenkzentrum Rhein-Main (oder deren Vertreter) Zugang zu Ihren medizinischen Daten haben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch zu Informationszwecken durch das Gelenkzentrum Rhein-Main genutzt werden darf. (Nähere Informationen erhalten Sie in den Patenteninformationen zum Datenschutz.)

Datum	Unterschrift d. Patienten/in
-------	------------------------------

PERSÖNLICHE DATEN

Name/Vorname	Geburtsdatum	Straße	PLZ/Ort
Beruf	Krankenkasse/Hausarzt	Größe	Gewicht
E-Mail	Telefon	Mobil	

Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung? ja nein Wenn ja, welche? _____

Zimmerart: Einbettzimmer Zweibettzimmer

Sind Sie für Wahlleistungen versichert? Chefarztbehandlung ja nein

Jetzige Beschwerden: _____

VORERKRANKUNGEN

Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gicht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Magengeschwür	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Operationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welchen?	_____
Sonstige wichtige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____

DIE RÖNTGENVERORDNUNG SCHREIBT VOR, FOLGENDE ANGABEN ZU MACHEN

Welche radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchungen fanden in den letzten 2 Jahren statt? Bitte gewissenhaft ausfüllen.

Wann fand diese statt?	Name des Radiologen/oder des Krankenhauses	Welche Körperregion wurde untersucht?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein vielleicht

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle Ärzte des Gelenkzentrum Rhein-Main (oder deren Vertreter) Zugang zu Ihren medizinischen Daten haben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch zu Informationszwecken durch das Gelenkzentrum Rhein-Main genutzt werden darf. (Nähere Informationen erhalten Sie in den Patenteninformationen zum Datenschutz.)

Datum	Unterschrift d. Patienten/in
-------	------------------------------