

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen im Orthopädiezentrum Altona.
Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen wahrheitsgemäß aus.
Ihrer Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGb.

Sönke Drischmann
Prof. Dr. med. Jasper Neidel
Dr. med. Stefan Gödde
Dr. med. Stefan Herlein

Patient /-in

.....
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

.....
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Versicherung:

.....
Versicherungsträger ggf. Zusatzversicherung

Die nachfolgenden Daten sind freiwillig anzugeben, sind für Ihre Behandlung aber von großer Wichtigkeit.

Tel. (Mobil) E-Mail

Tel. (Privat) Beruf

Hausarzt (incl. Adresse)

Größe Gewicht

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Bei Frauen: sind Sie schwanger? ja / nein Wenn ja, in welcher SSW? _____

Orthopädische Operationen ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

.....
Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt/ Herzoperation

Lebererkrankung Nierenerkrankungen Diabetes Asthma / COPD

Krebserkrankungen Hepatitis HIV Rheuma

Osteoporose sonstiges _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche _____

Informationen zu der Datenverarbeitung in unserer Praxis liegen im Wartezimmer aus. Gerne können Sie hiervon einen Ausdruck erhalten. Sprechen Sie uns bitte an.