

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben sind freiwillig. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihrem Hausarzt einen Bericht senden?  ja  nein

## Angaben zur Versicherung

Gesetzlich versichert

bei \_\_\_\_\_

Zusatzversichert für Wahlartzleistung stationär  ja  nein

bei \_\_\_\_\_

Privat versichert

bei \_\_\_\_\_

Sondertarif  ja  nein

Welchen? \_\_\_\_\_

Wahlartzleistung stationär  ja  nein

Beihilfe  ja  nein

bei \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Prozent

Zimmerwahl  ja  nein

Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

Ja Nein

1. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  Ja  Nein

2. Haben Sie Allergien (z.B. gegen Nickel, Pflaster, Medikamente)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Gicht  Ja  Nein

5. Rheuma  Ja  Nein

6. Osteoporose  Ja  Nein

7. Fibromyalgie  Ja  Nein

Ja Nein

8. Sonstige Gelenkerkrankungen? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Tumorleiden (Krebs). Wenn ja, welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Haben Sie bereits Endoprothesen? Wenn ja, wo?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Hatten Sie schon mal eine Arthrosebehandlung  Ja  Nein

mit Eigenblut-Infiltration (PRP/ACP)  Ja  Nein

mit Hyaluronsäure-Infiltration  Ja  Nein

Bitte wenden 

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- |  | Ja                    | Nein                  |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 12. Hatten Sie schon mal eine Behandlung mit<br>Akupunktur   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Erfolgte bei Ihnen im Rahmen von Sehnenbeschwerden oder einer Kalkschulter bereits die Durchführung einer Stoßwellentherapie?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Axomera  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |                       |                       |
| 13. Hatten Sie bereits Erfahrung mit der Anwendung von Kinesio-Tape? (z.B. zur Behandlung von muskulären Beschwerden oder Rückenschmerzen?) Wenn ja, wie viel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Haben Sie Erfahrung mit der Kryotherapie? (Kryotherapie mit hyperbarem CO2 (Cryofos) wird zur Behandlung von Verletzungen oder Entzündungen (z.B. Frozen Shoulder) und nach Operationen bei Auftreten von Schmerzen oder Schwellungen durchgeführt.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> einmalig <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig   |                       |                       |  |                       |                       |

## Einwilligungen

Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, ist es hilfreich auf direktem Wege mit den beteiligten Ärzten und kooperierenden Kliniken sowie Praxen zu kommunizieren. Deshalb bitten wir aus Gründen des Datenschutzes um Zustimmung zu folgenden Punkten:

- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe sowie der Einholung meiner Daten an vor-, mit- und nachbehandelnde Ärzte und Physiotherapeuten ausdrücklich zu. Dies betrifft bei gesetzlich versicherten Patienten auch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und im Falle einer Operation die mit der Arthro Clinic Hamburg kooperierenden Krankenhäuser. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der Arthro Clinic Hamburg kooperierende Labor (Labor Lademannbogen) übermittelt werden dürfen.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Über die Möglichkeit, diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen zu können, wurde ich aufgeklärt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

