GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ARTHRO CLINIC HAMBURG

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 Wahlarztleistung stationär ◯ ja ◯ nein

bei _____

◯ Privat versichert

bei _____

Sondertarif ◯ ja ◯ nein

Welchen? _____

Wahlarztleistung 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?	◯	◯
2. Haben Sie Allergien (z.B. gegen Nickel, Pflaster, Medikamente)? Wenn ja, welche? _____	◯	◯
3. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	◯	◯
4. Gicht	◯	◯
5. Rheuma	◯	◯
6. Osteoporose	◯	◯
7. Fibromyalgie	◯	◯

	Ja	Nein
8. Sonstige Gelenkerkrankungen? Wenn ja, welche?	◯	◯
9. Tumorleiden (Krebs). Wenn ja, welche?	◯	◯
10. Haben Sie bereits Endoprothesen? Wenn ja, wo?	◯	◯
11. Hatten Sie schon mal eine Arthrosebehandlung mit Eigenblut-Infiltration (PRP/ACP)	◯	◯
mit Hyaluronsäure-Infiltration	◯	◯

Bitte wenden

Praxis Rahlstedt
Rahlstedter Bahnhofstr. 7a
22143 Hamburg

Praxis Bergedorf
Weidenbaumsweg 6
21029 Hamburg

Praxis Innenstadt
Dammtorstraße 27
20354 Hamburg

www.arthro-clinic.de
praxis@arthro-clinic.de
Tel. 040-675 620-0

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ARTHRO CLINIC HAMBURG

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

Ja Nein

12. Hatten Sie schon mal eine Behandlung mit
    - Akupunktur ◯ ◯
    - Axomera ◯ ◯
13. Hatten Sie bereits Erfahrung mit der Anwendung von Kinesio-Tape? (z.B. zur Behandlung von muskulären Beschwerden oder Rückenschmerzen?) Wenn ja, wie viel? ◯ ◯

    ◯ einmalig ◯ gelegentlich ◯ regelmäßig

Ja Nein

14. Erfolgte bei Ihnen im Rahmen von Sehnenbeschwerden oder einer Kalkschulter bereits die Durchführung einer Stoßwellentherapie? ◯ ◯
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.) ◯ ◯

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 (Medizinisches Labor Nord) übermittelt werden dürfen.

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

Name: _____

Name: _____

Name: _____

◯ Mir ist bekannt, dass die Arthro Clinic Hamburg das Terminmanagementsystem der Doctolib GmbH nutzt. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden u.a. folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail, Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

◯ Mir ist bekannt, dass die Arthro Clinic Hamburg zum Zweck einer effizienten und strukturierten Dokumentation der Behandlung die Software Eudaria nutzt. Diese Software unterstützt das Team durch die Transkription von Gesprächsinhalten und die Erstellung von medizinischer Dokumentation, die nach einer finalen Überprüfung durch das Praxisteam in das Praxisverwaltungssystem (PVS) übertragen und dort gemäß den geltenden gesetzlichen Vorgaben gespeichert wird. Die Datenverarbeitung erfolgt unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).
Falls Sie hierzu Fragen haben oder Anpassungen Ihrer Zustimmung wünschen, sprechen Sie uns gerne an.

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 _____

Praxis Rahlstedt
Rahlstedter Bahnhofstr. 7a
22143 Hamburg

Praxis Bergedorf
Weidenbaumsweg 6
21029 Hamburg

Praxis Innenstadt
Dammtorstraße 27
20354 Hamburg

www.arthro-clinic.de
praxis@arthro-clinic.de
Tel. 040-675 620-0