OrthoPrax Rheinhausen
Dr. med. Drozd & Dr. med. Lieb

Orthoprax Rheinhausen – Dres. Drozd & Lieb
Friedrich-Alfred-Str. 60a, 47226 Duisburg – www.orthoprax-rheinhausen.de

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____
Straße, Hausnr.: _____ Handy: _____
Ausgeübte Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Krankenkasse _____ Hausarzt: _____
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? ☐ nein ☐ ja, bis: _____

Wie wünschen Sie die Rechnung ☐ **E-Mail** ☐ **per Post**

E-Mail: _____

Wir verwenden für Dr. Drozd und Dr. Lieb eine online-Terminvereinbarung über https://www.doctolib.de/.

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift falls abweichend: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxisgemeinschaft Dres. Drozd & Lieb im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an das kooperierende Labor. Des Weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, an die Deutsche Rentenversicherung und ggf. an meinen Hausarzt in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz und Datenweitergabe an andere Ärzte habe ich wahrgenommen.
Des Weiteren bin ich einverstanden über alle angegebenen Kontaktdaten, kontaktiert zu werden, es sei denn ich widerspreche explizit. Ich nehme auch Doctolib als verwendetes Terminprogramm, dass nur meine Kontaktdaten verwendet, an.
Zudem ist mir bewusst, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine digitale Speicherung bzw. Übermittlung der Daten für Krankschreibung, Rezept sowie Arztbriefe ab dem 01.10.2021 vorgeschrieben ist. Mit der Datenspeicherung bin ich einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **30,00€** zu bezahlen, wenn ich meinen Termin nicht 24 Std. vorher Absage.

Datum: _____ **Unterschrift: X** _____

Warum kommen Sie zu uns? _____
_____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann haben Sie die meisten Beschwerden? _____
Belastung / Ruhe / Bewegung / Stehen / Sitzen / Liegen / nachts / …

Wurden **Röntgenbilder** angefertigt (wann, wo, was)? _____
_____

Welche **Behandlungen** wurden durchgeführt? _____

_____

Was wurde bei Ihnen **operiert**? _____

Liegt ein **Unfallgeschehen** vor? _____

Pflegegrad? _____ ☐ GdB: _____ %

Ich bin an **IGEL** (Individuelle Gesundheitsleistungen) Interessiert ☐ ja ☐ nein

Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck?	☐	☐
Haben Sie Allergien?	☐	☐
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐	☐
Hatten Sie einen Schlaganfall?	☐	☐
Besteht bei Ihnen ein rascher Gewichtsverlust?	☐	☐
Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt oder andere Herzleiden?	☐	☐
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Besteht bei Ihnen eine Gicht?	☐	☐
Besteht bei Ihnen Rheumatische Erkrankung?	☐	☐
Haben Sie Depressionen?	☐	☐
Haben Sie Grünen Star oder ein Glaukom?	☐	☐
Hatten Sie Knochenbrüche/ orthopädische Vorbehandlungen?	☐	☐
Hatten Sie eine Thrombose?	☐	☐
Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein?	☐	☐
Haben oder hatten Sie eine Tumor- oder Krebserkrankung?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Pille, Magen-, Bluthochdruck-, Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Beruhigungsmittel)?
Wenn ja, welche? _____

_____