

Fragebogen für Privatpatienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
(tagsüber erreichbar)

Adresse: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

☐ Falls Beihilfe, bitte ankreuzen

Beruf / z. Z. ausgeübte Tätigkeit: _____

Bei Minderjährigen benötigen wir folgende Daten des begleitenden sorgeberechtigten Elternteils:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____ Adresse, falls abweichend: _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr gesundheitliches Problem (z. B. „Schmerzen rechts Knie seit 2 Wochen“)

Wurde bereits eine Behandlung durchgeführt? Wenn ja, welche?

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall, Schulunfall oder Wegeunfall
(auf dem Weg von / zur Arbeit)?

☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen?
(Bitte auch nicht-orthopädische angeben!)

Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein

Größe: _____

Gewicht: _____

Bitte wenden!



Wurden in den letzten 5 Jahren Röntgen-, CT-, MRT-Aufnahmen des Bewegungsapparates angefertigt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? Was wurde geröntgt? Bei welchem Arzt?

(Sollten Sie ein Röntgennachweisheft haben, bitte vorlegen)

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Weibliche Patienten im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Stillen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Ich wünsche eine Behandlung als Privatpatient. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte und ist von mir unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber einer Krankenversicherung oder Beihilfestelle zu zahlen.

Datum

Unterschrift

Ich bin mit der Information meines nebenstehend genannten Arztes/Hausarztes/überweisenden Arztes durch Arztberichte zum Zweck der Dokumentation/Information/Weiterbehandlung einverstanden und entbinde Herrn Dr. Leichsenring für diesen Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht. *(Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich ändern bzw. widerrufen.)*

Name und Adresse des Arztes/der Ärzte:

☐ Ja ☐ Nein, ich wünsche keine Arztberichte

Ich bin mit der Anforderung von Berichten zum Zweck der Dokumentation/Information/Weiterbehandlung bei anderen Ärzten durch die Praxis Dr. Leichsenring einverstanden und entbinde diese Ärzte für diesen Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht. *(Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich ändern bzw. widerrufen.)*

☐ Ja ☐ Nein

Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift