

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

Ja  Nein

(Sollten Sie ein Röntgennachweisheft haben,  
bitte vorlegen)

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?  
Wenn ja, welche?

Ja  Nein

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