

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Die nachfolgenden Informationen sind für Ihre Behandlung sehr wichtig. Sollten Sie bei einer Frage unsicher sein, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben abschließend mit Ihrer Unterschrift. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße/Nummer

PLZ Wohnort

Telefon privat Handy

E-Mail Adresse

Beruf

Hausarzt (Name/Adresse)

Praxis Dr. med. Horst Darmstädter Facharzt für Orthopädie

Ganzheitliche Haltungs-und
Bewegungstherapie/-Diagnostik

Sportmedizin

Physikalische Medizin

Akupunktur

Psychotherapie

Stoffwechsel-Analyse

Stoffwechseltherapie

Hessenring 3, 34260 Kaufungen

T 05605 70 44 1

F 05605 70 83 9

E info@dr-darmstaedter.de

www.dr-darmstaedter.de

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Defibrillator)?
- Herzinfarkt Wenn ja, wann _____
- Schlaganfall Wenn ja, wann _____
- Atemwegserkrankungen (Asthma Bronchiale, Nasen/ Nebenhöhlen-Erkrankung, Lungenerkrankung)
- Nehme Marcumar /Ass oder gerinnungshemmende Medikamente
- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Lebererkrankungen Nierenerkrankungen
- Epilepsie Magen-/Darmerkrankung Schilddrüsenerkrankung
- Thrombose Blutarmut Blutungsneigung / Blutererkrankung
- Rheuma Gicht Osteoporose Diabetes Mellitus
- Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Krebserkrankung
- Schuppenflechte Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche? _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hoher Blutdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
- Krebserkrankung Allergien Asthma/ COPD Arthrose Migräne
- Rheuma Osteoporose Bandscheibenvorfall

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Haben Sie Spannungsschmerzen im Kiefer-/Gesichtsbereich? ja nein

Haben Sie Kiefergelenks-Knacken, Ohrengeräusche/ -schmerzen? ja nein

Haben Sie Nacken-, Schulter-, oder Rückenschmerzen? ja nein

Waren Sie deshalb in ärztlicher Behandlung? ja nein

Benutzen Sie Orthopädische Hilfsmittel? ja nein

Reagieren Sie bei bestimmten Materialien, Medikamenten oder Inhaltsstoffen empfindlich? ja nein

Wenn ja bei welchen? _____

Allergien ja nein Wenn ja, Welche? _____

Haben Sie Osteoporose? ja nein

Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, wieviele Stunden pro Woche? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein Wenn ja, an wievielen Tagen pro Woche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein Sind Sie in der Menopause? ja nein

Orthopädische Operationen? ja nein Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein aufgehört

Wenn ja, wieviel am Tag? _____ Seit wann ? _____

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren / Empfehlung durch?

Arzt Familie/ Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren E-Mail Gesundheitsbrief mit neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie wie aktuelle Praxisinformationen zusenden? ja nein

Informationen zur Terminvergabe

Wir behandeln nach vorheriger Terminabsprache. Falls wir Ihre Termin ändern müssen, werden wir Sie per E-Mail oder SMS benachrichtigen. Da wir immer ausreichend Zeit für Sie einplanen, führen nicht abgesagte Termine zu Ausfallzeiten und verursachen somit enorme Kosten. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie uns bitte spätestens 24h vorher ab. Andernfalls können wir Ihnen den Zeitausfall in Rechnung stellen (außer im Krankheitsfall).

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu einer Röntgendiagnostik

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder eine E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum _____ Unterschrift _____