ORTHOPÄDIE & CHIRURGIE
LUTRINA
MVZ
KINIOS Partner · Allianz für Orthopädie

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen möglichst genau und in Druckbuchstaben zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Persönlichen Daten

Name:	Vorname:
Geboren am:	Geschlecht:
Straße / Hausnummer:	PLZ/ Ort:
Telefon privat:	Telefon mobil:
E-Mail:	Beruf:
Entfernung des Wohnortes (km):	Raucher?: JA ( ) NEIN ( )

Ihre Krankengeschichte

Hatten Sie einen Unfall?	Ja ( ), wenn ja welchen? Arbeits-( ), Wege- ( ) oder Schul-( ) Privatunfall ( )? Unfalltag: Unfallhergang: Nein ( )
Name des **Hausarztes**:	Adresse/Telefonnumer des Hausarztes:
Sind Sie mit einem Brief an Ihren Hausarzt / Zuweiser einverstanden?	Ja ( ) Nein ( )
Ist eine Pflegestufe vorhanden?	Ja ( ), wenn ja welchen? Pflegegrad 1-5 ( ), Nein ( )
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja ( ) Nein ( )
wenn ja: Chefarztbehandlung ( ), Wahlleistung Arzt im Belegarzthaus ( ), 1- ( ) oder 2-Bett-Zimmer ( )

Nur auszufüllen bei Privatversicherung:
Name der Privatversicherung: _____
Reduzierter Tarif ( ), wenn ja zu welchem Satz? _____
Beihilfeberechtigung ( ) , wenn ja welche Beihilfestelle? _____
KVNR-Nummer: _____ (ist nicht die hinterlegte Versicherungsnummer!)

Information für Privatpatienten: Wir weisen darauf hin, dass Sie im Falle einer Operation mit Entnahme von Gewebe eine Rechnung über die histologische Untersuchung durch das Institut für Pathologie in Kaiserslautern erhalten.

Lutrina MVZ GmbH
Brüsseler Str. 7
67657 Kaiserslautern
Tel.: 06 31 / 205 64 - 0
Fax: 06 31 / 205 64 - 111

E-Mail: info@lutrina-mvz.de
Web: www.lutrinaklinik.de
BSNR: 490703200
IK: 206 505 025

Rechtsform MVZ GmbH, Sitz Kaiserslautern
Geschäftsführer
Dr. med. Wolfgang Franz, Dr. med. Sascha J. Hopp
HRB 33440 - Amtsgericht Kaiserslautern
Steuernummer 19/656/52941

Bitte wenden

ORTHOPÄDIE & CHIRURGIE
LUTRINA
MVZ
KINIOS Partner · Allianz für Orthopädie

Gesundheitsfragen
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Welche Vorerkrankungen bestehen oder bestanden bei Ihnen? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche ?

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche und wofür ? (Namentliche Angaben)

.....

.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche?

.....

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
Bei bestimmten Materialien / Nahrungsmitteln? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche?

.....

Körpergröße in cm: ..... **Gewicht** in kg: .....

Abschließend möchten wir ausdrücklich darauf hinweisen, dass Sie nach Verabreichung von schmerzstillenden und betäubenden Spritzen am gleichen Tag weder Autofahren noch Maschinen bedienen dürfen.
Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie diesen Hinweis erhalten und die obigen Fragen verstanden haben.

Falls Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können, bitten wir um rechtzeitige Absage, da wir Ihnen den Termin ansonsten mit 50 EUR in Rechnung stellen müssen.

Absagen können Sie telefonisch unter 0631-205640, per Fax 0631-0564111 od. schicken Sie uns eine E-Mail an info@lutrina-mvz.de oder terminvereinbarung@lutrinaklinik.de

Datum: …… Unterschrift: …….....……

Lutrina MVZ GmbH
Brüsseler Str. 7
67657 Kaiserslautern
Tel.: 06 31 / 205 64 - 0
Fax: 06 31 / 205 64 - 111

E-Mail: info@lutrina-mvz.de
Web: www.lutrinaklinik.de
BSNR: 490703200
IK: 206 505 025

Rechtsform MVZ GmbH, Sitz Kaiserslautern
Geschäftsführer
Dr. med. Wolfgang Franz, Dr. med. Sascha J. Hopp
HRB 33440 - Amtsgericht Kaiserslautern
Steuernummer 19/656/52941

Bitte wenden

ORTHOPÄDIE & CHIRURGIE
LUTRINA
MVZ
KINIOS Partner · Allianz für Orthopädie

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß $73 Absatz 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Patientendaten unterliegen dem Datenschutz. Die Informationen, die Ärzte über ihre Patienten sammeln und nutzten, fallen zudem unter das Arztgeheimnis und damit unter eine besondere Verschwiegenheitspflicht. Die Weitergabe von Patientendaten bedarf der Zustimmung des Betroffenen, also einer Einverständniserklärung zur Datenübertragung, wenn keine gesetzliche Grundlage dies vorsieht.

Es ist rechtlich geregelt, dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass weitere Stellen (Lutrina Klinik, Fachärzte, Krankenhäuser, Kur-Kliniken, Speziallabore, Hausärzte, Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit, Physiotherapeut) z.B. Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Nur wenn dieses vorliegt werden die Daten weitergeleitet.

Ich, _____

Name, Vorname Geb. Datum

☐ **bin damit einverstanden, dass**

☐ **meine Daten**

☐ **die Daten meines Kindes** _____

Name, Vorname **Geb. Datum**

☐ **die Daten meiner zu betreuenden Person** _____

Name, Vorname **Geb. Datum**

☐ zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung an die oben genannten Institutionen weitergegeben werden.

☐ von der Praxis bei anderen Ärzten und Kliniken erhoben werden. Diese für die Behandlung notwendigen Daten und Befunde dürfen von der Praxis verarbeitet, gespeichert und genutzt werden.

☐ Sie dürfen für Laboruntersuchungen die an die Laborgemeinschaft, sowie deren externen Konsiliarlabore weitergegeben werden.

(Nicht zutreffendes bitte streichen)

Mein Hausarzt ist: _____

☐ **bin <u>NICHT</u> damit einverstanden, dass meine Daten weitergeleitet werden.**

Hinweis: Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter http://www.Lutrinaklinik.de/datenschutzerklärung/

_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlicher Vertreter

Vollmacht

Der nachstehend genannten Person(en) erlaube ich Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Befunde, usw.) für mich/meine Kinder/meiner zu betreuenden Person in der Praxis abzuholen.

_____

Name(n), Vorname(n)

Sie haben das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung ganz oder teilweise zu widerrufen.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlicher Vertreter

Lutrina MVZ GmbH
Brüsseler Str. 7
67657 Kaiserslautern
Tel.: 06 31 / 205 64 - 0
Fax: 06 31 / 205 64 - 111

E-Mail: info@lutrina-mvz.de
Web: www.lutrinaklinik.de
BSNR: 490703200
IK: 206 505 025

Rechtsform MVZ GmbH, Sitz Kaiserslautern
Geschäftsführer
Dr. med. Wolfgang Franz, Dr. med. Sascha J. Hopp
HRB 33440 - Amtsgericht Kaiserslautern
Steuernummer 19/656/52941

Bitte wenden