

Patientenanmeldung

1. Patient

	Name	Vorname	geb. am
Beruf	Rechnungsempfänger (falls nicht der Patient)	Name	Vorname geb.
Adresse	Straße Hausnummer	PLZ Ort	
Tel tagsüber /mobil			
E-Mail		überwiesen durch	

2. Krankenkasse

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Priv. (Zusatz-)Versicherung bei Krankenhausaufenthalt
Name: _____ | <input type="checkbox"/> 1 Bett
<input type="checkbox"/> 2-Bett
<input type="checkbox"/> Chefarzt |
|---|---|

Ggfs. Beihilfestelle Name: _____ % Erstattung: _____

3. HIV pos.: ja nein **Hepatitis in der Vorgeschichte:** ja nein

4. Internistische Vorerkrankungen/Allergien: _____

Medikamente: _____

Größere Voroperationen _____

5. Zu Ihrer Information:

Jede Behandlung, zu der wir Ihnen raten, bedarf immer Ihrer Zustimmung.

Im Rahmen unserer **Aufklärungspflicht** weisen wir vorsorglich insbesondere auf folgende Punkte hin:

- Bei Injektion/Punktion kann es selten zu kleinen Blutungen oder Nervenverletzungen kommen.
- Infektionen eines Gelenks oder des Gewebes in der Umgebung kommen trotz korrekter Technik vor, sind aber sehr selten (ca 1 zu 30.000)

Wenn Sie nach einer Injektion Überwärmung, Fieber, starke Schmerzen u/o Schwellung der behandelten Region feststellen, unterrichten Sie uns bitte sofort telefonisch oder kommen Sie in die Praxis.

Dies ist keine Einverständniserklärung zu einer Injektionsbehandlung, sondern dient nur Ihrer Information!

Obiger Abschnitt wurde von mir zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r