



### Persönliche Daten

Name/Vorname	Geburtsdatum	Straße	PLZ/Ort
Beruf	Krankenkasse/Hausarzt	Größe	Gewicht
E-Mail	Telefon	Mobil	
Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____			
Zimmerart: <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer			
Sind Sie für Wahlleistungen versichert? Chefarztbehandlung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Jetzige Beschwerden: _____			

### Vorerkrankungen

Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gicht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Magengeschwür	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Krebs	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Alkohol?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Thrombose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Regelmäßig Drogen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	_____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____		
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____		
Operationen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____		
Treiben Sie Sport?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welchen?	_____		
Sonstige wichtige Erkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____		

### Die Röntgenverordnung schreibt vor, folgende Angaben zu machen

Welche radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchungen fanden in den letzten 2 Jahren statt? Bitte gewissenhaft ausfüllen.

Wann fand diese statt?	Name des Radiologen/oder des Krankenhauses	Welche Körperregion wurde untersucht?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja  nein  vielleicht

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle Ärzte des Gelenkzentrum Rhein-Main (oder deren Vertreter) Zugang zu Ihren medizinischen Daten haben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch zu Informationszwecken durch das Gelenkzentrum Rhein-Main genutzt werden darf. (Nähere Informationen erhalten Sie in den Patenteninformationen zum Datenschutz.)

Datum	Unterschrift d. Patienten/in
_____	_____