

# Patientenaufnahmebogen

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat / Handy / geschäftlich

\_\_\_\_\_  
email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Private Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name, Vorname, ggf. Adresse)

Wünschen Sie einen Behandlungsbericht an Ihren Hausarzt bzw. überweisenden Arzt?    nein     ja

## Allgemeine Zusatzangaben

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Litten oder leiden Sie an einer **Erkrankung** in folgenden Bereichen?

Blut-, Herz-Kreislauf, Zucker-, Schilddrüse    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Magen, Darm, Leber, Lunge, Niere    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Neurologische- / psychische    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen    nein     ja     Welche: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer **Allergie**?    nein     ja

Welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?    nein     ja

Welche: \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen **Operationen** durchgeführt?    nein     ja

Welche: \_\_\_\_\_

**Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Aufklärung (siehe Rückseite) gelesen und verstanden haben.**

**Vielen Dank.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Patientenaufklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

in unserer Praxis werden schwerpunktmäßig Verfahren der konservativen Orthopädie und Schmerztherapie durchgeführt. Unser Ziel ist es, Medikamente möglichst wenig einzusetzen und Operationen zu vermeiden. Alle durchgeführten Therapien sind sicher und schonend, dennoch kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Der Arzt ist vom Gesetzgeber verpflichtet worden, darüber aufzuklären. Wir möchten Sie daher bitten, die nachfolgende Aufklärung sorgfältig zu lesen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie mit den Behandlungen einverstanden sind.

### **Faszienbehandlung n. Typaldos**

Es können in seltenen Fällen nach der osteopathischen Behandlung Schmerzen, blaue Flecken oder ein roter Strich für 1-2 Tage bleiben. Dieses ist ungefährlich und bildet sich ohne bleibende Schäden zurück.

Lesen Sie auch hierzu unseren Flyer.

### **Chirotherapie**

Ist das Lösen von Gelenkblockierungen an der Wirbelsäule oder anderen Gelenken. In seltenen Fällen und bei bestimmten Techniken kann es zu Komplikationen kommen. Bei Manipulationen an sehr osteoporotischen Knochen können diese nachgeben und brechen. Bei Manipulationen an der Halswirbelsäule können Einrisse an der Gefäßinnenschicht auftreten und es kann zu einem Schlaganfall mit z.B. Lähmungen kommen.

### **Injektionen / Punktionen**

Bei jeder Art von Injektionen können Infektionen entstehen. Bei einem Auftreten von Infektionen wären z.B. eine Antibiotikatherapie und evtl. Gelenkspülungen erforderlich. Bei der Einnahme von Marcumar muss eine erhöhte Vorsicht geboten sein, da evtl. auftretende Blutergüsse ein erhebliches Ausmaß annehmen können und evtl. operativ saniert werden müssen.

### **Akupunktur**

In der Regel treten keine Nebenwirkungen auf. In seltenen Fällen entstehen lokale Schwellungen oder Hämatomverfärbungen, die sich aber sehr schnell wieder selbständig zurückbilden

### **Lasertherapie**

In seltenen Fällen können Verbrennungen in den behandelten Hautarealen auftreten. Um dies zu verhindern, wird vor jeder Behandlung ein sogenannter „Wärmeschwellentest“ durchgeführt.

### **Stoßwellentherapie**

Eine kurzzeitige Beschwerdeverschlimmerung nach der Behandlung ist möglich. Ferner treten in seltenen Fällen lokale Hämatomverfärbungen im Bereich der behandelten Bezirke auf.

***Wir sind stets bemüht, sehr behutsam und versiert zu handeln, zwischen Nutzen und Risiko sorgfältig abzuwägen und die für Sie beste Therapie durchzuführen.***

***Durch das sorgfältige Ausfüllen der vorherigen Seite bzw. detaillierte Information, über evtl. bei Ihnen vorliegende Risiken vor jeder Behandlung an den Arzt, ist eine optimale und sichere Therapie gewährleistet.***

## Einwilligungserklärung

### 1. Schweigepflicht/Datenschutz:

Ich, \_\_\_\_\_ bin damit einverstanden,  
Name, Vorname, Geb. Datum

dass durch die Praxis Orthopäde Bavariapark, Dr. med. Böthig, Facharzt für Orthopädie, Ridlerstr. 33, 80339 München, Telefon: 089 544 557 22, E-Mail: [info@orthopaede-bavariapark.de](mailto:info@orthopaede-bavariapark.de)

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie weitergegeben oder übermittelt werden um dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V Übermittlung mich betreffender Behandlungsdaten / Behandlungsberichten an mich behandelnde Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer (z.B. Bericht an Hausarzt, überweisender Arzt).
- Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V Anforderung mich betreffender Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation (z.B. Befunde von Radiologen, Krankenhäuser).
- Krankenkasse zur Abrechnung erbrachter Leistungen und Behandlungen.
- Laboruntersuchungen über das externe Labor Becker & Kollegen, Führichstraße 70, 81671 München.
- Collectia Inkasso AG, Brunnwiesenstr. 4, 94469 Deggendorf bei nicht Begleichung von privatärztlichen Forderungen. Die dadurch entstandenen Rechtsverfolgungskosten (insbesondere Gerichtskosten, Kosten der Vollstreckungsorgane, Ermittlungskosten, ect.) sind bei Inanspruchnahme vom Patienten zu ersetzen.
- Therafox: Auswertung von Verordnungen, Diagnosen und Patientenparameter und damit verbundenen Risiken für den Patienten bei der Verordnung. Parameter sind: Medikation, Diagnose, Patientenalter in Jahren, Allergien. Zu keiner Zeit werden Namen, Geburtsdatum oder sonstige Parameter die Rückschlüsse auf die Personenidentität des Patienten schließen, übermittelt.
- Dokumentation der Krankengeschichte sowie Behandlungsdaten bzw. Datenerfassung mittels einer Patientenverwaltungssoftware („Medistar“ der Firma CGM) sowie einer Archivierungssoftware („Moviestar“ der Firma CGM). Auftragsdatenverarbeitung durch Fa. CoSi medical IT GmbH, Erfurter Str. 4, 85386 Eching.
- Termin- und Sprechstundenmanagement sowie Recall-System der Praxis durch eine Software der Firma „Doctolib“.

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung kann ich auf Wunsch erhalten. Eine Patienteninformation zum Datenschutz liegt aus und kann ebenfalls in Kopie erhalten werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Patienten/-in / Sorgeberechtigter/

### 1. Information und Widerrufbarkeit

**Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass**

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann - mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis Orthopäde Bavariapark, Dr. med. Böthig, Facharzt für Orthopädie, Ridlerstr. 33, 80339 München, Telefon: 089 544 557 22, E-Mail: [info@orthopaede-bavariapark.de](mailto:info@orthopaede-bavariapark.de)

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.