

Patientenformular



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Orthopädischen Privatpraxis Rhein-Sieg. Um Ihnen und uns die Formalitäten zu erleichtern, bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen und zu unterschreiben. Wir bemühen uns, die Wartezeit so kurz wie möglich zu halten.

männlich weiblich divers

Nachname, Vorname, ggf. Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

E-Mail-Adresse

Telefon / Mobiltelefon

Postleitzahl, Ort

Allergien

Körpergröße Gewicht

Medikamente

Ernährungsunverträglichkeiten

Versicherung und Tarif

Zur Sicherstellung einer reibungslosen Abrechnung kreuzen Sie bitte, falls vom Normaltarif abweichend, den Tarif Ihrer Versicherung an und legen einen entsprechenden Nachweis vor.

- Privatversicherung Beihilfe _____ % KVB (Bundesbeamtentarif)
- Basistarif/Standardtarif I-III IV
- Zusatzversicherung Gesetzliche Krankenversicherung

Rechnungsempfänger

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie **nicht** Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger sind.

Name, Vorname bzw. Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Einweisender / Überweisender / Empfehlender Arzt

- Presse: (Welche?) _____
- Mundpropaganda Google
- Gelbe Seiten online Jameda
- Sonstiges: _____

Behandlungsvertrag (für Privatpatienten oder Selbstzahler)

Mir ist bekannt, dass ich in einer privatärztlichen Praxis behandelt werde. Die Liquidation der erbrachten Leistungen erfolgt nach den Vorgaben der: „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ v. 1996). Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ besteht. Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten
(bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)



Patienteninformation



Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine effektive Behandlung orthopädischer Erkrankungen zu gewährleisten, ist gelegentlich eine Injektionstherapie (Anwendung von Medikamenten in Spritzenform) erforderlich. Es ist notwendig, Sie über einige sehr seltene Komplikationsmöglichkeiten zu informieren, die hierbei auftreten können:

1. Bei entsprechender Veranlagung kann fast jedes Medikament eine allergische Reaktion auslösen.
2. Bei jeder Injektionsanwendung kann es trotz intensiver Bemühungen und Sterilität zum Auftreten eines Infektes (= Entzündung durch Bakterien) kommen. Dies kann bei ungünstigem Verlauf zu einer Abszessbildung führen und bei Infiltration an der Wirbelsäule ggf. zu einer Querschnittslähmung. Ebenso kann es in sehr seltenen Fällen bei Injektionen in ein Gelenk zu Entzündungen kommen, die nach Abheilen eine Funktionseinbuße des Gelenkes verursachen können.
3. Bei Injektionen an der Wirbelsäule werden häufig lokale Betäubungsmittel angewendet. Diese können im Sinne einer Heilanästhesie eine vorübergehende Nervenblockierung bewirken, die therapeutisch positiv zu werten ist. In Folge solcher Nervenblockierungen kann es jedoch für einige Stunden zu einer Einschränkung der Geh- und Verkehrstüchtigkeit kommen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, sich nach jeder Injektion an der Wirbelsäule noch 15 Minuten in der Praxis aufzuhalten, um sicherzugehen, dass Sie uneingeschränkt gehfähig sind.
4. Wird ein blockiertes Wirbelgelenk gefunden, werden wir Ihnen vorschlagen, dieses über eine geführte natürliche Bewegung zu beseitigen. Hierzu sind mitunter Röntgenaufnahmen erforderlich, um andere Risiken (Knochenabszesse, Tumore usw.) auszuschließen. Bei Eingriffen an der oberen Halswirbelsäule kann es neben Reizungen der Gelenkkapsel schlimmstenfalls zu ernstesten Durchblutungsstörungen kommen, die Lähmungen wie beispielsweise bei einem Schlaganfall zur Folge haben. Wenn Sie diese Behandlung nicht wünschen, informieren Sie uns bitte.
5. Cortison ist als körpereigenes Hormon das beste abschwellende und entzündungshemmende Medikament. In niedrigen Mengen ist es zur Behandlung von Gelenkschmerzen und entzündlichen Sehnenerkrankungen durch kein anderes Medikament zu ersetzen. Auch hier kann es selbst unter sterilen Bedingungen zu eitrigen Entzündungen kommen, die ein Absterben von Gewebe zur Folge haben. Wenn Sie an Diabetes mellitus leiden, kann sich Ihr Blutzuckerwert kurzfristig erhöhen.
6. Bitte bescheinigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen zur Kenntnis genommen haben und dass Sie, falls dies medizinisch notwendig ist, mit der Durchführung der angesprochenen Behandlungsmethoden einverstanden sind. Selbstverständlich stehen wir für weitere Fragen zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Arztes

