

# Orthopädisches Zentrum Darmstadt | OZD

Prof. Dr. J. Fischer, Dr. M. Dehos, Dr. T. Saltzer, PhD. Dr. K. Fischer  
Dr. J. Bredel, Dr. F. Riemenschneider



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer		PLZ/Wohnort	
Tel. (Privat)		Tel. (Mobil)	
E-Mail			
Hausarzt		Überweisender Arzt	
Größe (cm)	Gewicht (kg)	Beruf	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, im wievielten Monat? _____	
Blutverdünner?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? _____	
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche? _____	
Nehmen Sie aktuell		_____	
Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Drogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Operationen (bitte möglichst mit Jahreszahl)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asthma/COPD
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Knie-/Hüftarthrose	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Grüner Star

Sonstige

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**  
Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

.....  
Datum Unterschrift