

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Schön, dass Sie dem Weg zur Behandlung in unsere Praxis gefunden haben. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, haben Sie hier die Möglichkeit in unsere Akutsprechstunde Montag- oder Freitagsvormittag zu kommen. Hier müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Mehr Information erhalten Sie in einem separaten ‚Patienteninformations-Handout und können Sie auf unserer Internetseite [www.myokraft.de](http://www.myokraft.de) finden.

**Patient/-in**

Herr/Frau/Kind

(bei Kindern Erziehungsberechtigte-r)

Anschrift

Name	Vorname	geb.
Straße/ Hausnr.		E-Mail
Postleitzahl/Ort.		Telefon oder Mobil

**Name des Kostenträgers**

(Krankenkasse oder Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

**Beruf des Patienten\***

<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber

**Ihr Hausarzt/  
Orthopäde**

Name	Anschrift	Telefon

**Anschrift des  
Arbeitgebers\***

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.**

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

**1. Hatten/ haben Sie eine der folgenden Symptome, Krankheiten oder Nebenerkrankunge?**

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unnatürliche Blässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel/Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offensichtliche Lähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor/ Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nächtliche Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Offensichtliche Gefühlsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust (>5 kg/ Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeitanwendung von Kortikosteroiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose/ Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Bestehen Allergien?  ja  nein Wenn ja, welche?

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch ggf. Werte:

2. Trinken Sie genug Wasser?  ja  nein Wieviel Liter?

3. Sind Sie in der Vergangenheit operiert worden?  ja  nein Wenn ja, was ist gemacht worden?

4. Besteht ein Trauma (in der Vergangenheit)?  ja  nein Wenn ja, was ist passiert?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche?

6. Rauchen Sie?  ja  nein

7. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein Wenn ja, wieviel?

8. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein Wenn ja, welche?

9. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss ggf. wievielte Woche

10. Sonstige Angaben/ andere Krankheiten?

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.