

## Patientenanmeldung

**Patient** \_\_\_\_\_  
Name
Vorname
geb. am

Beruf \_\_\_\_\_ Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_  
(falls nicht der Patient)
Name
Vorname
geb.

Adresse \_\_\_\_\_  
Straße
Hausnummer
PLZ
Ort

Tel priv. \_\_\_\_\_ Tel gesch./mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ überwiesen durch \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Priv. (Zusatz-)Versicherung bei Krankenhausaufenthalt \_\_\_\_\_ 1 Bett  2-Bett  Chefarzt

Ggfs. Beihilfestelle \_\_\_\_\_ % Erstattung \_\_\_\_\_ Erg.-Tarif Ja  Nein

HIV pos.  ja  nein Hepatitis in der Vorgeschichte  ja  nein

Andere wichtige internistische Vorerkrankungen/Allergien \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Größere Voroperationen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r

**Zu Ihrer Information:**

**Jede Behandlung, zu der wir Ihnen raten, bedarf immer Ihrer Zustimmung.**

Im Rahmen unserer **Aufklärungspflicht** weisen wir vorsorglich insbesondere auf folgende Punkte hin:

- Bei Injektion/Punktion kann es selten zu kleinen Blutungen oder Nervenverletzungen kommen.
- Infektionen eines Gelenks oder des Gewebes in der Umgebung kommen trotz korrekter Technik vor, sind aber sehr selten (ca 1 zu 30.000)

Wenn Sie nach einer Injektion Überwärmung, Fieber, starke Schmerzen u/o Schwellung der behandelten Region feststellen, unterrichten Sie uns bitte sofort telefonisch oder kommen Sie in die Praxis.

**Dies ist keine Einverständniserklärung zu einer Injektionsbehandlung, sondern dient nur Ihrer Information!**

Obiger Abschnitt wurde von mir zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r