

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