

Aufnahmebogen/Datenübermittlung

Herzlich Willkommen in der Sportklinik Stuttgart!

Bitte füllen Sie das folgende Formular sorgfältig, leserlich und möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

Persönliche Angaben		
Name/Geburtsname		
Vorname		o m o w o d
Geburtsdatum		
Telefon (Festnetz/Handy)		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Email - Adresse		
Beruf (freiwillig)		
Facharzt Orthopädie (Überweiser)		
Hausarzt		
Gesetzliche Krankenversicherung		
→ Stationäre Zusatzversicherung	Wahlleistung 1-/2-Bett/Chefarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Wahlleistung 1-/2-Bett/Chefarzt? <input type="checkbox"/> Basisstarif?	
Bei Minderjährigen/Mitversicherten Hauptversicherter (inkl. Geb.datum)		

Berufsgenossenschaft	
Liegt ein Schul-/ Arbeitsunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Berufsgenossenschaft:	

Wo haben Sie Beschwerden?	
An welchem Körperteil bestehen welche Beschwerden?	
o rechts o links	
Seit wann haben Sie diese Art der Beschwerden?	
Bitte schildern Sie kurz den Beschwerdeverlauf und Zeitpunkt: v	
Wurde aufgrund Ihrer jetzigen Beschwerden bereits eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung / Wann?	<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Kernspinuntersuchung (MRT) / Wann?	<input type="checkbox"/> Punktion/Injektion
Andere Maßnahmen/Untersuchungen:	

Weitere Angaben		
Sind Sie Träger eines/r: o Implantates o Prothese/n o Stent/s o Herzschrittmachers		
Handelt es sich um einen Sportunfall? Welche Sportart?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Kaderathlet? Welche Sportart?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Frauen: bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte Rückseite beachten 

Aufnahmebogen/Datenübermittlung

Haben Sie allgemeine Vor-/Nebenerkrankungen?					
Herzerkrankungen welche:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus Typ I / II	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tumor (Carzinom)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hauterkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lungenerkrankungen (Asthma / COPD)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
andere					
Allergien, welche? (z.B. Penicillin, Medikamente, Lokalanästhetika-Unverträglichkeit (Narkose), Nickel, Metall, Nahrungsmittel (z.B. Nüsse))				<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (insbesondere gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Plavix) oder Antidiabetika (z.B. Metformin))	
Medikament	Dosierung
<input type="radio"/> Ich nehme keine Medikamente ein.	

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an Ihren Überweisenden Arzt/mitbehandelnde Ärzte
<p>Ich bin damit einverstanden, dass meinem überweisenden Facharzt Behandlungsdaten und Befunde übermittelt werden. Ferner bin ich einverstanden, dass meine mitbehandelnden Ärzte (z.B. Orthopäde, Chirurg, Radiologe, Hausarzt) vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch die Sportklinik Stuttgart angefordert werden dürfen.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>

Nur für Privatpatienten/Selbstzahler/BG-Patienten:
<p>Die ambulanten Honorarforderungen werden treuhänderisch an die Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl, Postfach 13 47, 86713 Nördlingen abgetreten, deren Mitarbeiter der Schweigepflicht und dem Datenschutzrecht unterliegen. Das bedeutet, dass die Verrechnungsstelle die Rechnung im Namen Dr. med. Becker/ Priv.-Doz. Dr. med. Best / Priv.-Doz. Dr. med. Mauch M.A./ Prof. Dr. med. Beckmann / Prof. Dr. med. Veihelmann erstellt und deren Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die Verrechnungsstelle Prozesspartei und die Ärzte der Sportklinik Stuttgart würden ggf. als Zeugen gehört werden.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass zur Abrechnung erforderliche Daten an die Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl, Postfach 13 47, 86713 Nördlingen weitergegeben werden.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und ich diese nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben habe. Die Angaben sind jederzeit widerrufbar.

Datum _____

Unterschrift Patient/ -in (ggf. Erziehungsberechtigter) _____