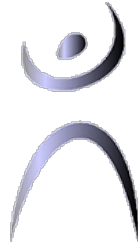


GEMEINSCHAFTSPRAXIS SONNE
ORTHOPÄDIE
CHIRURGIE
UNFALLCHIRURGIE

SONNENALLEE 306 B
12057 BERLIN-NEUKÖLLN



Dr. med. KARSTEN MANN
MORITZ RUSNOK

TEL: 030 - 6677 88660
FAX: 030 - 6677 88661

Aufklärungsbogen

Sehr geehrter Patient,

in Diagnostik und Behandlung arbeiten wir und unser Praxisteam nach höchsten Qualitätsmaßstäben und Qualitätsansprüchen.

Trotzdem kann es bei bestimmten Medikamentenverabreichungen oder Behandlungstechniken zu Komplikationen (unvorhergesehenen Zwischenfällen) kommen, die zu Unverträglichkeiten wie z.B. Allergie mit anaphylaktischer Reaktion, Entzündungen, Gelenkinfektionen, Schwellungen oder Nerven- und Gefäßveränderungen und Schmerzen führen können.

Bei Behandlungen mit Spritzen als notwendige Injektionen kann es außerdem zu Gewebeverletzungen, wie z.B. einem Pneumothorax (Lufttritt neben das Lungengewebe) oder einem Abszess kommen.

Risiken werden von uns auf ein Minimum reduziert; eventuelle Komplikationen können aber trotz aller Vorsicht immer auftreten.

Wenn Sie mit einer Behandlung bei uns einverstanden sind, bitten wir Sie darum, dies mit dem heutigen Datum und Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Diese Unterschrift gilt gleichwertig für weitere Behandlungen bei uns, sofern dies nicht anders vereinbart wird. Selbstverständlich werden spezielle Therapien, wie z.B. Operationen extra besprochen und darüber aufgeklärt.

Vielen Dank

.....
Patienten-Name, Vorname
(bitte in Blockschrift)

.....
Datum

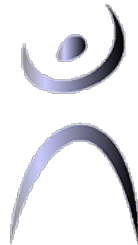
.....
Geburtsdatum

.....
Unterschrift des Patienten

bzw. gesetzl. Vertreter/
Erziehungsberechtigter

Mutter Vater

GEMEINSCHAFTSPRAXIS SONNE
ORTHOPÄDIE
CHIRURGIE
UNFALLCHIRURGIE
SONNENALLEE 306 B
12057 BERLIN-NEUKÖLLN



Dr. med. KARSTEN MANN
MORITZ RUSNOK

TEL: 030 - 6677 88660
FAX: 030 - 6677 88661

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon/Handy: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Beruf: _____ Firma: _____

Hausarzt: _____

Zusätzlich bitten wir Sie noch, die nachfolgenden Fragen mittels Ankreuzen zu beantworten:

1) Haben Sie **Allergien gegen Medikamente**? ja nein
wenn ja, gegen welche? _____

2) **Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit) ja nein
wenn ja, **insulinpflichtig**? ja nein

3) Alkohol- oder Betäubungsmittel**abhängigkeit**? ja nein
wenn ja, wovon _____

4) **Rauchen** Sie? ja nein

5) Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

6) Sind **Grunderkrankungen** bekannt?

Blut/Blutgerinnung hoher Blutdruck Herz

Lunge/Asthma Niere Leber

sonstiges: _____

7) Sind **Tumorleiden** (Krebs) bekannt? ja nein

8) Wurden Sie schon mal **operiert**? Wenn ja, **woran ? Und wann ?** ja nein

9) Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft**? ja nein

10) **Hepatitis**-Erkrankung? ja nein

HIV oder **Aids**-Erkrankung? ja nein

11) Hat Ihr Arzt **Medikamente** (hier ist ggf. auch die Anti-Baby-Pille gemeint) verordnet und nehmen Sie diese Medikamente **regelmäßig** ein?

Wenn ja, **welche** und **wie oft**? Wenn nein bitte streichen.

Name des Präparates		
Name des Präparates		
Name des Präparates		
Name des Präparates		

Unregelmäßige Medikamenteneinnahme?

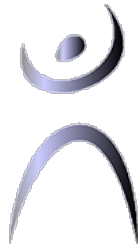
Name des Präparates		
Name des Präparates		

12) Erfolgte eine Vorbehandlung durch einen anderen Orthopäden? **Wenn ja**, durch **wen**?

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Ihr Praxis-Team

GEMEINSCHAFTSPRAXIS SONNE
ORTHOPÄDIE
CHIRURGIE
UNFALLCHIRURGIE
SONNENALLEE 306 B
12057 BERLIN-NEUKÖLLN



Dr. med. KARSTEN MANN
MORITZ RUSNOK

TEL: 030 – 6677 88660
FAX: 030 – 6677 88661

Datenschutzfreigabeerklärung nach EUDSGVO (europäische Datenschutz-Grundverordnung)

Ich erkläre mich mit der Übermittlung von mich betreffenden Daten per Telefon, Fax oder E-Mail an meine Person, mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Apotheken, Krankentransporte, Krankenkassen und gegebenenfalls auch an eine mich versorgende Pflege- oder Sozialstation einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Datenübermittlung über Telefon, Fax oder E-Mail auf Grund der bundesweiten Umstellung auf IP-gestützte Telefonie und IP-gestützten Faxversand nicht mehr in dem Maße abhörsicher ist, wie bisher. Mir ist bewusst, dass eine zugriffssichere Übermittlung meiner Daten nicht mehr, wie im bisherigen Umfang möglich ist.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass eine Datenübermittlung an die genannten Institutionen auch per klassischer Brief-Post erfolgen kann. Hierbei müssen aber zeitlich deutliche Verzögerungen in Kauf genommen werden und ich muss ggf. durch Hinterlegung von Portogebühren die Kosten hierfür tragen.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass die oben genannte Willenserklärung zu jedem Zeitpunkt von mir widerrufen werden kann.

Darüber hinaus bevollmächtige ich folgende Person(en) zur Entgegennahme von Informationen, Arztbriefen, Rezepten u. ä.:

Name, Vorname und Geburtsdatum der berechtigten Personen:

Patienten-Name, Vorname

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift des Patienten