

Fachärzte für Orthopädie und  
Unfallchirurgie, Sportmedizin

Abteilung Orthopädie & Endoprothetik  
an der WolfartKlinik Gräfelfing  
Endoprothesenzentrum  
der Maximalversorgung

**PATIENTENAUSKUNFT**

Name:/ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Bahnhofstraße 5  
82166 Gräfelfing

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy\* : \_\_\_\_\_

Zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001:2015

E-Mail \*: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

1. Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

2. wurden bereits **orthopädische Operationen** durchgeführt?

Knieoperation wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Hüftoperation wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Wirbelsäulen-OP wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

**Andere Operationen** wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

**Internistische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

3. **Medikamente:** (z.B. Marcumar, Plavix, Aspirin/ASS) \_\_\_\_\_

4. liegt eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor (bitte ankreuzen)

Herzschmerzen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Diabetes 1 oder 2	<input type="checkbox"/>
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Chron. Bronchitis od. Asthma	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher od. Defibrillator	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung/TBC	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie Allergien, welche? \_\_\_\_\_

6. besteht eine Zusatzversicherung für das Krankenhaus: ja  1 Bett  2 Bett nein

Name der Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Gräfelfing, den

\* BAG Orthop. Und Unfallchir. Nr. 1440

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**\* falls Sie mit einer Kontaktaufnahme per E-Mail, bzw. Telefon einverstanden sind. (siehe Datenschutzvereinbarung)**

Erstellt durch: QMB	Datum: 15.01.2011	Unterschrift: Pasajlic Sasa	
Geprüft und freigegeben	Datum: 16.12.2019	Unterschrift: Katrin Kahls	

**VEREINBARUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN**

Sehr geehrte Patienten,

ab dem 25.5.2018 gelten strenge Bestimmungen zum Datenschutz nach der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Verstöße können hohe Strafen nach sich ziehen.

Daher bitten wir um Verständnis, dass Sie die Datenschutzinformation der Praxis zur Kenntnisnahme ausgehändigt bekommen, und bitten Sie, nachfolgende Erklärung auszufüllen und zu unterzeichnen.

Name: \_\_\_\_\_, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(Hinweis: Wenn Sie keine Telefonnummer angeben, können wir Sie im Notfall, z.B. bedrohliche Laborbefunde, nicht erreichen; bitte alle Nummern angeben, auch mobil, auf denen wir Sie erreichen dürfen)

Ich bin mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis einverstanden.

per Telefon und E-Mail

nur per Telefon

nur per E-Mail

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

(Laut Angaben der Patientenauskunft.)

Hinweis zur Kommunikation per E-Mail:

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Daten auf dem Übertragungsweg einsehbar sind, z.B. bei der Übertragung von E-Mail-Server zu E-Mail-Sever. Weiter wird dringend empfohlen, ausschließlich private E-Mail-Konten und private Endgeräte für die Kommunikation mit Arztpraxen zu nutzen.

Hinweis zur Befundübermittlung per E-Mail:

Die Praxis stellt derzeit keine End-zu-End-Verschlüsselung des E-Mail-Verkehrs mit Patienten zur Verfügung. D.h. die Übertragung von Befunden muss auch bei verschlüsselter Übertragung zum E-Mail-Server als prinzipiell unsicher angesehen werden.

Solange es nicht generell gesetzlich untersagt wird, kann die Praxis Ihnen dennoch nach Absprache im Einzelfall Befunde per E-Mail senden. Dafür benötigen wir Ihr ausdrückliches schriftliches Einverständnis.

ich wünsche ggf. auch die Befundübermittlung per E-Mail an obige E-Mail-Adresse(n)

ich bin mit der Übermittlung von Befunden per E-Mail nicht einverstanden

Mit der Übersendung eines Befundberichtes

-an den Überweiser/Hausarzt (falls angegeben),

-an die Wolfartklinik zur dortigen Dokumentation, falls dort eine operativer Eingriff erfolgt

per Fax oder Briefpost bin ich

**Mein Hausarzt ist:**

einverstanden

nicht einverstanden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weiter bestätige ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz der Praxis zur Kenntnis genommen habe. Ich weiß, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit formlos schriftlich widerrufen kann.

Gräfelfing, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Erstellt durch: QMB	Datum: 15.01.2011	Unterschrift: Pasajlic Sasa	
Geprüft und freigegeben	Datum: 16.12.2019	Unterschrift: Katrin Kahls	