

Patientenblatt

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____		
Geb. Datum: _____	Tel (Privat): _____	
Straße / Nr.: _____	Tel (Mobil): _____	
PLZ / Wohnort: _____		
E-Mail: _____		
Beruf: _____	Größe (cm) _____	Gewicht (kg) _____

2. Behandelnder Arzt

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Überweisender Facharzt	
Name, Vorname: _____		
Straße: _____	PLZ _____	Ort: _____
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt im copv.berlin Befundberichte o. ä. von mitbehandelnden Ärzten (z.B. Hausärzten, Radiologen, Labor etc.) anfordern darf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3. Private Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlung (stationär)

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
---	--	--	---

4. Allergien

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: <input type="checkbox"/> Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> Medikamente (z.B. Novalgin; Aspirin)
andere: _____		

5. Voroperationen

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Knochen/Muskeln/Gelenke	<input type="checkbox"/> Bauch (z.B. Blinddarm, Gallenblase)	<input type="checkbox"/> Proktologie (z.B. Hämorrhoiden)
wenn ja, was wurde wann operiert? _____ _____		

bitte wenden

6. Erkrankungen:

ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

Magengeschwür (Ulcus)

Leberleiden (Gelbsucht)

Nierenleiden (Niereninsuffizienz)

Erhöhter Blutzucker (Diabetes)

Erhöhte Harnsäure (Gicht)

Thrombose / Embolie

Krebserkrankungen, welche:

Andere:

7. Medikamente:

ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, Plavix, ASS etc.)?

ja

nein

Nehmen Sie Tabletten gegen erhöhten Blutzucker (Diabetes) wie Metformin?

ja

nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

8. Ärztliche Empfehlungen zur Weiterbehandlung

Falls im Anschluss oder im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung im **COPV.berlin** eine weiterführende Behandlung mit fachärztlichen, physikalisch-medizinischen Leistungen oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erforderlich sein sollte, wünsche ich eine ausdrückliche Empfehlung des behandelnden Arztes. Ich werde in diesem Zusammenhang **KEINE** Benachrichtigungen in schriftlicher oder fernmündlicher Art erhalten.

Mein angegebener Wunsch ist für alle künftigen Behandlungen im **copv.berlin** zu beachten und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Achtung: Bei **nein** dürfen wir Ihnen **KEINE** Empfehlung für andere Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sanitätshäuser etc. zur Weiterbehandlung nennen. Dieses gilt auch, wenn wir Sie in ein Krankenhaus zur Operation schicken müssen. Wir dürfen Ihnen **keine Namen** von Klinken oder Ärzten nennen. Bitte bedenken Sie daher Ihre Entscheidung sorgfältig oder sprechen Sie uns im Zweifel vorher an.

ja

nein

9. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt

Facharzt

Jameda

Doctolib

Google, Bing

Krankenhaus

Empfehlung (Familie, Freunde)

anderes:

10. Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis **copv.berlin** meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet haben.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter