



Orthoprax Rheinhausen – Dres. Drozd & Lieb

Friedrich-Alfred-Str. 60a, 47226 Duisburg – www.orthoprax-rheinhausen.de

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____
PLZ, Wohnort: _____ **Telefon:** _____
Straße, Hausnr.: _____ **Handy:** _____
Ausgeübte Tätigkeit: _____ **Arbeitgeber:** _____
Krankenkasse _____ **Hausarzt:** _____
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? nein ja, bis: _____
E-Mail: _____

Wir bieten für Dr. Drozd und Dr. Lieb eine online-Terminvereinbarung über <https://www.doctolib.de/> an.

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____
Anschrift falls abweichend: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxismgemeinschaft Dres. Drozd & Lieb im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an das kooperierende Labort. Des Weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, an die Deutsche Rentenversicherung und ggf. an meinen Hausarzt in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz und Datenweitergabe an andere Ärzte habe ich wahrgenommen. Des Weiteren bin ich einverstanden über alle angegebenen kontaktiert zu werden, Ich nehme auch Doctolib als verwendetes Terminprogramm, dass nur meine Kontaktdaten verwendet an.

Zudem ist mir bewusst, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine digitale Speicherung bzw. Übermittlung der Daten für Krankschreibung, Rezept sowie Arztbriefe ab dem 01.10.2021 vorgeschrieben ist. Mit der Datenspeicherung bin ich einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **30,00€** zu bezahlen, wenn ich meinen Termin nicht 24 Std. vorher absage.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann haben Sie die meisten Beschwerden? _____
Belastung / Ruhe / Bewegung / Stehen / Sitzen / Liegen / nachts / ...

Wurden **Röntgenbilder** angefertigt (wann, wo, was)? _____

Welche **Behandlungen** wurden durchgeführt? _____

Was wurde bei Ihnen **operiert**? _____

Liegt ein **Unfallgeschehen** vor? _____

Sind sie **arbeitsunfähig**? nein ja seit: _____

Altersrente EU-Rente Rentenantrag läuft GdB: _____ %

Ich bin an **IGEL** (Individuelle Gesundheitsleistungen) Interessiert ja nein

