

Orthopädische Praxis Dr. med. Johannes Brodkorb

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit die Behandlung komplikationslos verläuft und damit Sie in unserer Praxis noch besser betreut werden bitten wir
Sie vorab um ein paar Informationen.

Bitte füllen Sie dieses Blatt vor der Behandlung aus und geben Sie es an der Anmeldung ab.

Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten des Kreislaufs?

nein ja- welche: _____

Liegt bei Ihnen eine Blutdrucksneigung vor?

nein ja- welche: _____

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids usw.)?

nein ja- welche: _____

Haben Sie Innere Krankheiten (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen usw.)?

nein ja- welche: _____

Besitzen Sie Arzneimittelüberempfindlichkeiten?

nein ja- welche: _____

Sind Sie schwanger?

nein ja

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja- welche: _____

Wünschen Sie Beratung über ganzheitliche Diagnostik und Therapie (auch wenn dies über die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen hinausgeht)?

nein ja- welche: _____

Wünschen Sie eine Erinnerung an wichtige Termine (z.B. jährliche Knochendichtemessung, Proliaspritze, Aclasta-Infusion etc.)

nein ja

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wir bitten Sie um Ihre persönlichen Angaben - bitte vermerken Sie Änderungen, wenn Ihre Daten in der Praxis bereits bekannt sind:

Versicherter:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Ehegatte Mutter/Vater

Anschrift:

Straße/Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Erreichbar:

Telefon: _____ @ _____ E-Mail: _____

Versicherung:

Krankenkasse/private Krankenvers.: _____ Mitgliedsnummer: _____

Beruf:

Arbeitgeber: _____
Name, Ort

Familienstand: _____

Hausarzt: _____
Name, Ort

Gerichtsstand Gemünden

Datum: _____

Unterschrift: _____

Dr. med. Johannes
Brodkorb
Facharzt für Orthopädie
Obertorstraße 43
97737 Gemünden am
Main
Telefon: 09351/ 604200
Fax: 09351/ 6042010
Zertifiziert nach DIN EN
ISO 9001 : 2015
Chirotherapie
Sportmedizin
Unfall / D-Arzt
Akupunktur
Osteologie
Ambulante Operationen