



# SPORTHOPAEDICUM

LEBEN IST BEWEGEN

Olympiastützpunkt  
Bayern



Offizielles medizinisches Zentrum  
des Olympiastützpunktes Bayern



in Kooperation mit



Universitätsklinikum  
Regensburg

## KRANKENGESCHICHTE

### 1. Persönliche Daten

Name u. Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: Privat: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Geschäftl.: \_\_\_\_\_

derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### 2. Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen (Krankenhaus):

Einbettzimmer  ja  nein      Zweibettzimmer  ja  nein

Chefarztwahl  ja  nein      Beihilfe  ja \_\_\_\_\_ %  nein

Besteht ein Kostenerstattungsmodell  ja  nein

### 3. Unfallereignis

Hatten Sie einen Unfall (Verletzungsereignis), der als Ursache für die derzeitigen Gelenkbeschwerden in Frage kommen könnte?  ja  nein

Unfalltag: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall/Wegeunfall?  ja  nein      sonstiger Unfall:  ja  nein

### 4. Befundene Vorerkrankungen

Welchen Operationen mussten Sie sich bereits unterziehen (Jahr - Gelenke/Organe)?

Schwerbeschädigten-Ausweis \_\_\_\_\_ %

Schwangerschaft:  ja  nein

### 5. Hausarzt/Sonstige Ärzte

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ich wünsche einen schriftlichen Bericht an meinen Hausarzt:  ja  nein

Hinweis: Bei Vorlage einer Überweisung sind wir verpflichtet nach Vorgaben der Krankenkassen einen Bericht an den überweisenden Arzt zu senden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt im **sporthopaedicum** Befundberichte o. ä. von mitbehandelnden Ärzten (z.B. Radiologen, Labor etc.) anfordert.  ja  nein

### 6. Covid-19 Impf-/Genesenstatus

Sie sind bzgl. des Covid-19-Virus

ungeimpft       geimpft, wenn ja wie oft: \_\_\_\_\_  genesen seit \_\_\_\_\_

letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

## 7. Schweigepflichtsentbindung

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre bei uns über Sie erhobenen Befunde Ihrem weiterbehandelndem Arzt,

Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

schriftlich übermitteln und Sie entbinden uns insoweit von unserer ärztlichen Schweigepflicht (diese Entbindung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen)?  ja  nein

## 8. Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten zur Durchführung einer Operation in einem Krankenhaus / Operationszentrum / einer Klinik

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Durchführung einer Operation an das/die von mir gewählte Krankenhaus/Operationszentrum/Klinik weitergegeben werden.

Die Übermittlung der persönlichen Daten erfolgt zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Operationsplanung mit Ihnen und dem Krankenhaus. Die Gesundheitsdaten werden übermittelt, sofern Sie eingewilligt haben und / oder die Daten für die Durchführung der Behandlung und Nachbehandlung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) DS-GVO erforderlich sind.

Es werden in der Regel folgenden Daten übermittelt: die persönlichen Daten, die Diagnosen, der Therapieplan, der OP-Plan sowie medizinische Bildgebung.

Sie haben das Recht:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DS-GVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Unter Beachtung der Einschränkungen gemäß Art. 23 DS-GVO haben Sie das Recht;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 15 DS-GVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 16 DS-GVO die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns erhobenen personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 17 DS-GVO die Löschung Ihrer bei uns erhobenen personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 18 DS-GVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 20 DS-GVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten;
- gemäß den Voraussetzungen in Art. 21 DS-GVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen (hierzu wenden Sie sich bitte an Frau Eva Schwarz, sporthopaedicum straubing - berlin - regensburg - münchen MVZ-Trägergesellschaft GbR, Bahnhofplatz 27, 94315 Straubing, Tel.-Nr. 09421 - 9957366); sich bei einer Aufsichtsbehörde gemäß Art. 77 DS-GVO zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Praxissitzes zu wenden.

## 9. Erkrankungen

Erkranken Sie an: (zutreffendes bitte ankreuzen)

(z.B. erhöhter Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Schilddrüse etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |                        |                          |                            |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leberleiden/Gelbsucht  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nierenleiden           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erhöhter Blutzucker    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Thrombose/Embolie      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzinfarkt            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Besitzen Sie folgende Implantate:

- |                   |                          |                            |
|-------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herz Stents       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit, auch Injektionen bei Diabetes mellitus (Dosis)?

regelmäßig

bei Bedarf

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. Angabe zu einem Beratungswunsch bei weiterführender Behandlung

Falls im Anschluss oder im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung im **sporthopaedicum** eine weiterführende Behandlung mit physikalisch-medizinischen Leistungen oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erforderlich sein sollte, wünsche ich eine Empfehlung des behandelnden Arztes.

ja  nein (Bitte Auswahl treffen!)

Mein angegebener Wunsch ist für alle künftigen Behandlungen im **sporthopaedicum** zu beachten und kann von mir jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter