

Name: , geb: ID:

Eigene Tel.-Nr.:

Hausarzt:

Überweisender Arzt:

Welche Beschwerden haben Sie im Bereich der Hände, Arme Schultern oder HWS?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | | |
|-----------------|-----------------------|----|-----------------------|------|
| Schmerzen | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| Kribbeln | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| Taubheitsgefühl | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| Kraftminderung | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |

Wo sind die Beschwerden?

- | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------|
| Finger | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Wenn ja, welche Finger | <input type="radio"/> | Daumen- | <input type="radio"/> | Zeigefinger- | <input type="radio"/> | Mittelfinger- | <input type="radio"/> | Ringfinger- | <input type="radio"/> | kleiner Finger |
| Hohlhand | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| ganze Hand | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Unterarm | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Oberarm | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Schulter | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Nacken | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |
| Hinterkopf | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | rechts | <input type="radio"/> | links | <input type="radio"/> | nein | | |

Seit wann bestehen die Beschwerden schon?.....

Gibt es Auslöser oder bestimmte Situationen, bei denen die Beschwerden vermehrt oder überhaupt auftreten?

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|------|---------------------------------------|
| Nachts | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein | |
| Fahrradfahren | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> ich fahre nicht |
| Autofahren | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> ich fahre nicht |
| Vermehrtes Sitzen am Schreibtisch | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein | |
| Vermehrte Arbeit mit den Händen | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein | |
| Andere Auslöser..... | | | | | |

Was machen Sie beruflich?.....

Gibt es hier belastende Faktoren? ja nein
Wenn ja, welche?.....

Gibt es sonstige die Hände oder die Halswirbelsäule belastende Tätigkeiten? ja
Wenn ja, welche?.....

Ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?.....

Besteht eine rheumatische Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche?.....

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Private Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Ich bestätige, dass alle Angaben die ich gemacht habe, korrekt sind.

Hannover, den _____

Datum

Unterschrift

Einwilligung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	
1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der <i>Praxis Dres. Harting, Rundestr. 10, 30161 Hannover</i> , mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.		
2. Berechtigung Dritter Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen. (Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)		
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.		
3. Widerrufsmöglichkeit Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.		
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter	