



Patient/in – Stammdatenblatt

Bitte füllen Sie dieses Stammdatenblatt genau und gut leserlich aus, da diese Daten einerseits einen reibungslosen Ablauf gewährleisten und andererseits medizinische Fakten beinhalten, die möglicherweise eine geänderte Therapieform erfordern. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Rezeption.

1 Vorname Patient/in		FAMILIEN-/NACHNAME Patient/in		Titel Patient/in (vor)		Titel Patient/in (nach)	
Sozialversicherungsnummer Patient/in		Geburtsdatum Patient/in (TT.MM.JJ)		Geschlecht Patient/in (Bitte ankreuzen) ☐ W ☐ M ☐ D			
Straße Hausnummer Patient/in (Hauptwohnsitz)			PLZ Patient/in		Stadt Patient/in		
E-Mail-Adresse Patient/in			(Mobil-)Telefonnummer Patient/in				

2 Krankenkasse Patient/in (Bitte ankreuzen) ☐ ÖGK ☐ BVAEB ☐ SVS ☐ Sonstige:							
Zusatzversicherung (stationäre Sonderklasse) Patient/in ☐ Ja ↓ ☐ Nein Versicherung: Polizzennr.:		Zusatzversicherung (Unfallversicherung) Patient/in ☐ Ja ↓ ☐ Nein Versicherung: Polizzennr.:					
Versicherungsart Patient/in (Bitte ankreuzen) ☐ Erwerbstätig Arbeitslos Selbstversichert ☐ Pensionist/in ☐ Sonstiges:		Beruf Patient/in (Bitte ankreuzen) ☐ Angestellt (Bitte Zeile „Dienstgeber“ ausfüllen) ☐ Selbstständig als ☐ Kind Schüler/in Student/in Ausbildung ☐ Sonstiges:					
Name Dienstgeber Patient/in		Straße Nr. Dienstgeber Patient/in		PLZ Dienstgeber Patient/in		Stadt Dienstgeber Patient/in	
Rezeptgebührenbefreiung Patient/in (Bitte ankreuzen) ☐ Ja ☐ Nein							

Nur im Fall einer Zuweisung ausfüllen ↓

3 Zuweisende Ärztin/Zuweisender Arzt ☐ Hausärztin/Hausarzt ☐ Fachärztin/Facharzt		FAMILIEN-/NACHNAME Ärztin/Arzt		Vorname/n Ärztin/Arzt	
--	--	--------------------------------	--	-----------------------	--

Nur im Fall einer Mitversicherung ausfüllen ↓

Vorname Versicherte/r		FAMILIEN-/NACHNAME Versicherte/r		Titel Versicherte/r (vor)		Titel Versicherte/r (nach)	
Sozialversicherungsnummer Versicherte/r		Geburtsdatum Versicherte/r (TT.MM.JJ)		Geschlecht Versicherte/r (Bitte ankreuzen) ☐ W ☐ M ☐ D			
E-Mail-Adresse Versicherte/r			(Mobil-)Telefonnummer Versicherte/r				

Bitte wenden ... ↗ Siehe Seite 2 ... ↗ Bitte wenden ... ↗ Siehe Seite 2 ... ↗ Bitte wenden ... ↗ Siehe Seite 2 ... ↗

OA Dr. Reinhard Weber

Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Facharzt für Allgemeinchirurgie
Allg. beeid. gerichtlich zertifizierter Sachverständiger

Wahlarzt-Ordination:
Am Stadtberg 6
3804 Allentsteig

Tel.: +43 (0)664 45 75 616
Mail: ordination@ortho-weber.at
Web: www.ortho-weber.at



Körpergröße Patient/in	 cm	Körpergewicht Patient/in	 kg
-------------------------------	----------	---------------------------------	----------

Allergien	☐ Ja → z. B. Metalle, Latex, Antibiotika (z. B. Penicillin), Schmerzmittel (z. B. Novalgin, Aspirin)	☐ Nein
Blutverdünnung	☐ Ja → z. B. Marcumar, Sintrom, Plavix, Lixiana, Xarelto, Pradaxa, Clopidogrel, ASS	☐ Nein
Diabetes Zuckerkrankheit	☐ Ja → Insulinspritze? → ☐ Ja ☐ Nein	☐ Nein
Sonstige regelmäßige Medikamente	☐ Ja → z. B. Blutdruck, Herz, Asthma, Magensäure, Schilddrüse, Schmerzen	☐ Nein

Vorerkrankungen und Operationen (inkl. Jahr)

Für die Kostenrückerstattung von Ihrer Krankenkasse ist die Angabe des IBAN erforderlich, da die Meldung an die Krankenkasse von der Ordination durchgeführt wird! Die Überweisung erfolgt auf dieses Konto:

IBAN Patient/in (Bitte ankreuzen)

☐ Ich bin mit der Weitergabe meines IBAN an die Krankenkasse **einverstanden**. Bitte IBAN korrekt eintragen:

AT

☐ Ich bin mit der Weitergabe meines IBAN an die Krankenkasse **NICHT einverstanden**.

☐ Ich weiß meinen IBAN nicht.

Bitte beachten Sie, dass es üblich ist, für die Leistungen in dieser Wahlarztordination **bar** zu bezahlen. Die Bezahlung bezieht sich ausschließlich auf die Leistungen in der Ordination und **nicht** auf allfällige Operationen bzw. Termine bzw. Behandlungen im LK Zwettl bzw. LK Gmünd.

Datum (TT.MM.JJJJ)	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter