

Anmelde und Anamnesebogen

Angaben zum Patienten:

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-datum _____
 Adresse _____

 Tel.privat _____
 Hausarzt _____
 Mobiltel. _____
 Beruf _____
 E-Mail _____

Angaben zum Versicherten:

(falls Patient nicht selbst Krankenversicherungsmitglied ist)

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-Datum _____
 Beruf _____

Versicherungsart:

gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Privat versichert im Basistarif
 Beihilfeberechtigt

Pflegegrad: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislaufkrankungen:

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen:

	Ja	Nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CJK/vCJK (Creutzfeld-Jakob)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien:

	Ja	Nein
Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tumorerkrankungen:

	Ja	Nein
Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft

	Ja	Nein
In welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Erkrankungen:

	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med. zur Blutverdünnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HbA1c-Wert: _____		
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten oder Spritze: _____		
Grauer/Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber/Gallenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstl. Hüft-/Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP-Jahr: _____		

Medikamenteneinnahme

	Ja	Nein
Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raucher

	Ja	Nein
Wieviele Zigaretten tägl. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dürfen wir Ihnen Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail zusenden?

Bitte legen Sie vor Behandlungsbeginn Ihren Medikamentenplan des Hausarztes, Herzpass, Allergiepass oder Marcumarausweis vor.

Nach den Bestimmungen der Krankenkassen muss bei gesetzlich Versicherten bei Behandlungsbeginn die Versichertenkarte vorgelegt werden. In Notfällen kann sie innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden, ansonsten sind wir angehalten, eine Privatrechnung zu erstellen.

Wir bitten Sie, Ihre nur für Sie reservierten Behandlungszeiten einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzuändern oder abzusagen.

Datum _____

Unterschrift _____