

Anmeldeformular

Name, Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie zusatzversichert? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie eine Erinnerung zur nächsten Vorsorgeuntersuchung? ☐ Ja ☐ Nein

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Erziehungsberechtigter

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname, Geb.-datum des Zahlungspflichtigen

Adresse (falls abweichend)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Wichtige Informationen:

- ⑩ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (EU DS-GVO) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ⑩ Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns frühst möglich darüber zu informieren. Nur so können wir eine zufriedenstellende Terminplanung durchführen.

Allgemeine Anamnese

	JA	NEIN
Haben Sie zu hohen Blutdruck?		
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?		
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens oder einen angeborenen Herzfehler? Wenn ja, was genau? 		
Haben Sie einen Herzschrittmacher, Bypass oder Stent? 		
<u>Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?</u>		
* Diabetes		
* Schilddrüsenerkrankung		
* Bluterkrankung		
* Asthma		
* Lebererkrankung / Gelbsucht		
* Hepatitis / TBC		
* Rheuma		
* Nierenerkrankung		
* Grüner Star		
* Epilepsie		
* Immunschwäche / HIV		
* Allergien (wenn ja, welche?)		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?		
* Kreuzfeld-Jakob-Krankheit		
* Osteoporose		
* Morbus Crohn		
* Krebs /Leukämie		
Nehmen Sie bestimmte Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Haben Sie künstliche Gelenke (Knie, Hüfte etc.) 		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?		

Name (ggf. Anschrift) Ihres Hausarztes: