

Anmeldeformular / Anamnesebogen

.....
Nachname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ/Wohnort

.....
Tel (privat, mobil, gesch.)

.....
E-Mail-Adresse

Bei Familienversicherten: Daten des Zahlungspflichtigen/ Hauptmitglied

.....
Nachname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ/Wohnort

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzerkrankung
- Herzoperation
- Herzschrittmacher

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Nierenfunktionsstörung
- Epilepsie

künstliches Gelenk

Andere:

.....
.....

Infektionserkrankungen:

- HIV
- Hepatitis (A/B/C)
- Tuberkulose

Allergien:

- gegen Schmerzmittel
- gegen Antibiotika z.B. Penicillin
- gegen örtliche Betäubung

Schwangerschaft:

..... (Monat)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

.....
Name, Ort, Telefon des Hausarztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

.....
Name des Medikaments bzw. der Medikamente

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Empfehlung o.a.)

.....
Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recall-System? Sie werden dann automatisch an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung/ Prophylaxetermin erinnert.

ja

Ich verpflichte mich, sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. 24h im Voraus abzusagen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift