

Anmeldeformular / Anamnesebogen

.....
Familienname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ/Wohnort

.....
Tel (mobil, Festnetz)

.....
E-Mail-Adresse

Bei Familienversicherten: Daten des Zahlungspflichtigen/ Hauptmitglied:

.....
Nachname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
PLZ/Wohnort

Herz-Erkrankungen:

- Zustand nach Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Herzmuskelentzündung
- Verkalkung der Arterien (KHK)
- Rhythmusstörung
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzschrittmacher

Kreislauf-Erkrankungen:

- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Angina pectoris
- Schlaganfall

Allergien (Allergiepass):

z.b. gegen Medikamente oder Material

Weitere Erkrankungen:

- Blutkrankheiten
- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Leber (Hepatitis)
- Rheuma
- künstliche Gelenke
- Epileptische Anfälle
- Zucker (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung
- Osteoporose
- HIV bzw. AIDS
- Tuberkulose

Schwangerschaft:

Krebserkrankung / Tumor

Andere:

.....
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

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

Befinden Sie sich regelmäßig in ärztlicher Behandlung?

.....
Name, Ort, Telefon des Arztes bzw. Hausarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Empfehlung, Internet etc.)

.....
Ich bin einverstanden, Terminerinnerungen per SMS zu erhalten

ja

Ich bin einverstanden, Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen oder Prophylaxe zu erhalten

ja

**Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle auftretenden Änderungen der o.g. Punkte zu informieren.
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. 24h vorher abzusagen.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift