



ANMELDUNG

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | Name |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| geb. am | Geburtsort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße | PLZ/Ort |
| Zu erreichen | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon Privat | Telefon Geschäftlich |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon Mobil | E-Mail |

Versicherter / Zahlungspflichtiger

| | | |
|---|---|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name | Vorname | geb. am |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße | PLZ/Ort | |
| Zu erreichen | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Telefon Privat | Telefon Geschäftlich | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Telefon Mobil | E-Mail | |
| Krankenkasse/-versicherung | <input type="checkbox"/> privatversichert | <input type="checkbox"/> priv. Zusatzversicherung |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Name | Ort | |
| Berufliche Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Berufsbezeichnung | Arbeitgeber | |
| Anschrift des Arbeitgebers | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße | PLZ/Ort | Telefon |

Allgemeines

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Ist das Bonusheft vorhanden? ja nein

Sie wurden empfohlen/überwiesen von:



ANAMNESE (Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!)

Für Ihre Patientenakte erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit.

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten

nein ja Welche?

Unverträglichkeit von
folgenden Medikamenten:

Krebserkrankungen

nein ja Welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen

nein ja Welche?

Herzinfarkt

Schlaganfall

Bypass

Herzschrittmacher

Endokarditis

Bluterkrankungen

nein ja Welche?

Blutgerinnungsstörung

Marcumarerkrankung

Blutdruck hoch

Blutdruck niedrig

Stoffwechselstörungen

nein ja Welche?

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Epilepsie

Grüner Star

Infektionskrankheiten

nein ja Welche?

Hepatitis

Nierenerkrankung

HIV

Sonst. Lebererkrankung

Sonstige Allgemeinerkrankungen

nein ja Welche?

Schwangerschaft

Sind Sie zur Zeit schwanger? ja Monat:

Sind Sie Raucher?

nein ja Wie viele Zigaretten/Zigarren rauchen Sie pro Tag:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Wie z.B. Psychopharmaka, Bisphosphonate, Betablocker, Hormone,...)

nein ja Welche?

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?

nein ja

Sehr geehrter Patient,

Wir führen eine Bestellpraxis, um unnötige Wartezeiten für unsere Patienten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie den vereinbarten Termin einzuhalten. Falls Sie verhindert sein sollten bitten wir Sie **spätestens 24 Stunden** vorher abzusagen, da Ihnen andernfalls der Ausfallschaden in Rechnung gestellt werden darf.

Wichtig für gesetzlich Krankenversicherte:

Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und nehme die o.g. Hinweise zur Kenntnis.

Datum:

Unterschrift: