



# 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 (falls nicht identisch mit Patient)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	geb. am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	PLZ/Ort	
Berufliche Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen (freiwillig)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Berufsbezeichnung	Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitgebers (freiwillig)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	Telefon

## Krankenkasse/-versicherung

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privatversichert	
Name	<input type="checkbox"/> priv. Zusatzversicherung	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Basisarif	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	Telefon

## Allgemeines (freiwillig)

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Ist das Bonusheft vorhanden?  ja  nein  Eingetr. Jahre

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



## 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

Blutdruck hoch

Blutdruck niedrig

Stent

### Stoffwechselstörungen

nein  ja  Welche?

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Epilepsie

Blutgerinnungsstörung

Nierenerkrankung

### Infektionskrankheiten

nein  ja  Welche?

Hepatitis

HIV

Sonst. Lebererkrankung

### Sonstige Allgemeinerkrankungen

nein  ja  Welche?

### Schwangerschaft

Sind Sie zur Zeit schwanger? ja  Monat:  nein

### 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 nicht nur die o.g. Hinweise, sondern auch die neue **Datenschutzklärung** zur Kenntnis.

Datum:

Unterschrift: