



# Anmeldebogen

**PATIENT**

Name

Vorname

geb.

**MITGLIED**

Name

Vorname

geb.

**ANSCHRIFT**

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**KONTAKT**

Telefon/Handy

E-Mail Adresse

Rechnung per E-Mail

**BERUF**

Arbeitgeber

**KRANKENKASSE**

gesetzlich  privat  privat Basistarif

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

**FRAGEN ÜBER BESTEHENDE ERKRANKUNGEN**

		Ja	Nein			Ja	Nein
<b>Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>6 Nerven-</b>	Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 Herz</b>	Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>system</b>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>7 Allergien</b>	Heuschnupfen / Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medikamenten - Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Penicillin - Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 Kreislauf</b>	Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>8 Bestehende sonstige Erkrankungen:</b>	_____		
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
<b>3 Blut</b>	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>9 Nehmen Sie z. Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche:</b>	_____		
	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
	Nehmen Sie			<b>Haben Sie eine Medikamentenliste?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>4 Lunge</b>	Asthma / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10 Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?</b>	_____		
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>11 Sind Sie schwanger? Welcher Monat?</b>	_____		
<b>5 Stoff-</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>12 Sind Sie HIV-positiv?</b>	<small>Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>wechsel</b>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>13 Wünschen Sie eine Lokalanästhesie?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leberkrankheiten / Hepatitis / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>14 Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>15 Nehmen Sie Bisphosphonate?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hausarzt:</b>	_____			<b>16 Haben Sie eine künstliche Hüfte / künstliches Gelenk (seit _____)?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>17 Haben Sie eine Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemotherapie)?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Std. vorher abzusagen. Sollten Sie später absagen, oder ohne Absage nicht erscheinen, können wir Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung stellen.

PATIENT

DATUM

UNTERSCHRIFT