



Anmeldebogen Erwachsene mit Anamnese

(* Pflichtangaben – alle anderen Angaben auf freiwilliger Basis)

(Bitte nur ausfüllen, falls nicht mit Patient identisch.)

PATIENT	Name, Vorname *	.....	VERSICHERTER	.....
	Geburtsdatum *	.....		.....
	Anschrift *	.....		.....
	PLZ, Ort *	.....		.....
	Telefon * (priv./mob.)	.....		.....
	E-Mail	.....		.....

Versicherung* gesetzlich versichert freiwillig versichert Zusatzversicherung Kostenerstattung
 privat versichert Vollversicherung beihilfeberechtigt Basistarif

Hausarzt
(Name, Anschrift, Telefon)

Sind Sie bei einem **Facharzt in Behandlung?**
(Name, Anschrift, Telefon)

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an:

Herz ja nein
Blutdruck ja nein
Blutgerinnung ja nein
Lunge (Asthma u. a.) ja nein
Niere ja nein
Leber (Gelbsucht u. a.) ja nein
Künstliches Knie- / Hüftgelenk ja nein
wenn ja, seit wann?

Künstliche Herzklappe ja nein
wenn ja, seit wann?

Antibiotische Prophylaxe ja nein

Leiden Sie an:

Allergien ja nein
Diabetes mellitus (Zucker) ja nein
Rheumatischen Erkrankungen ja nein
Infektionskrankheiten (Tbc, HIV, Hepatitis) ja nein
Medikamentenunverträglichkeit ja nein
wenn ja, welche?

Knochenerkrankungen ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja Monat weiß nicht nein

Informationen:

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen? ja nein

Spritzenreaktionen:

Werden Sie ohnmächtig ja nein
Wird Ihnen schlecht? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche?
.....
Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen ein? (z. B. Bisphosphonate?) ja nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme?

Datum: weiß nicht
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet Empfehlung Sonstiges

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

* Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an Konsiliar-Ärzte zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. ja nein

Ort, Datum Unterschrift