



Anmeldebogen Erwachsene mit Anamnese

(* Pflichtangaben – alle anderen Angaben auf freiwilliger Basis)

Patient

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

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

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)

1. 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

2. Leiden Sie an:

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

3. Spritzenreaktionen:

Werden sie ohnmächtig? ja nein
Wird Ihnen schlecht? ja nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Monat weiß nicht nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja welche?

6. Wann war die letzte Röntgenaufnahme?

Datum: weiß nicht

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

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

7. 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.

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

Ort, Datum Unterschrift