

ANMELDUNG / ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Hinweis: Sie haben die Möglichkeit, dieses Formular bequem digital in Ihrem PDF-Reader auszufüllen und dann auszudrucken, oder Ihre Angaben handschriftlich auf einem Ausdruck zu machen.

Patient/in	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Name, Vorname		geb.	
Anschrift	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	
Kontakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	E-Mail	Telefon	Mobil	
Mitglied / Versicherter <small>(bei Kindern Erziehungsber.)</small>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Name, Vorname		geb.	
Anschrift	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	
Kontakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	E-Mail	Telefon	Mobil	
Kostenträger <small>Krankenkasse oder Versicherung</small>	<input type="text"/>			
	Name der Kasse / Versicherung			
Art der Versicherung <small>Bitte ankreuzen</small>	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarifversicherter	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt	
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert	
	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarifversicherter	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozial- / Versorgungsamt)		
Beruf des Mitglieds	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Berufsbezeichnung		Arbeitgeber	
	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler bzw. Student			
Anschrift des Arbeitgebers	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	Telefon
Beruf des Patienten	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Berufsbezeichnung		Arbeitgeber	
	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler bzw. Student			
Anschrift des Arbeitgebers	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	Telefon

1. a) Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten

Asthma (schwere Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nieren- erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Name Ihres Hausarztes

Anschrift

Telefon

b) Nehmen Sie Macumar oder andere/weitere Blutverdünner? Ja Nein

c) Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein

d) Nehmen Sie sonstige Medikamente? Ja Nein

Welche Medikamente?

2. Allergien Ja Nein

gegen Medikamente od. Materialien Ja Nein

Ich habe einen Allergie-Pass Ja Nein

gegen was sind Sie allergisch?

3. Blutdruck
 Niedrig Normal Hoch

ggf. Werte

4. a) Haben Sie Kiefergelenksknacken, bzw. Schmerzen? Ja Nein

b) Knirschen / Pressen Sie? Ja Nein

c) Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? Ja Nein

d) Schnarchen Sie? Ja Nein

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

6. Rauchen Sie? Ja Nein

7. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

8. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja Nein

10. Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Letzte Röntgen / MRT / CT -
Untersuchung (Datum / Körperteil)

11. Sind Sie interessiert an einem Prophylaxeprogramm (z.B. professionelle Zahnreinigung)? Ja Nein

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter