

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma (schwere Atemnot)	ja / nein
Zuckerkrankheit	ja / nein
Rheuma	ja / nein
Bluterkrankung	ja / nein
Blutgerinnungsstörungen	ja / nein
HIV Infektion	ja / nein
TBC	ja / nein
Leberkrankheiten	ja / nein
Hepatitis A/B/C	ja / nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja / nein
Schilddrüsenerkrankung	ja / nein
Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien	ja / nein
wenn ja, welche? _____	
Herzerkrankungen - Nehmen Sie Blutverdünner?	ja / nein
Schlaganfall	ja / nein
Lähmungen	ja / nein
Blutdruck	__ niedrig __ normal __ hoch
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja / nein
Rauchen Sie?	ja / nein
Tragen Sie Zahnersatz?	ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welcher Woche? _____

Sonstige Angaben / andere Krankheiten? _____

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja / nein

Bitte beachten Sie, die Fahrtüchtigkeit kann unter Einfluss von örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja / nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Ich bin an einem Vorsorge-Programm interessiert ja / nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Wir weisen darauf hin, dass Termine **mind. 24 Std vorher** abgesagt werden müssen. Bei Nichteinhaltung der Termine, bzw. bei zu kurzfristigen Absagen, sehen wir uns gezwungen gem. § 615 BGB (Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko) den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Bochum, den _____

Patient _____