

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Adresse:
Tel. Privat:
Tel. Mobil:
E-Mail:
Beruf:
Arbeitgeber:
Tel. Arbeitsplatz:
Hausarzt, Tel.Nr:

Versicherung gesetzlich:
Zusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Versicherung privat:
Privat Basistarif: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie beihilfeberechtigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:
Adresse:

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
Möchten Sie in Zukunft an Ihre Termine erinnert werden (per SMS, Email oder Postkarte)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Bonusheft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragen:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien / Unverträglichkeiten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankungen / Tuberkulose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krampfleiden (Epilepsie): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall / Lähmungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzklappendefekt / Herzklappenersatz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
HIV-Infektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A / B / C (Gelbsucht): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tumor / Karzinom / Krebs: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? Woche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient (Versicherter)