

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen unaufgefordert mit. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vor Ihrem Termin.

### Patient

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

T	T	M	M	J	J	J	J

 Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ 

--	--	--	--	--	--

 Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

### Wer ist Hauptversicherter? (nur bei Abweichung von Patientendaten)

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

T	T	M	M	J	J	J	J

 Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ 

--	--	--	--	--	--

 Ort: \_\_\_\_\_

### Wer soll die Rechnung erhalten? (nur bei Abweichung von Patientendaten)

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ 

--	--	--	--	--	--

 Ort: \_\_\_\_\_

## Anmeldebogen mit Anamnese

### Versicherung

Name der Krankenkasse und Versicherung:

---

#### Wenn GESETZLICH versichert:

Haben Sie einen Pflegegrad / Eingliederungshilfe / Schwerbehinderung? ja  nein

Wenn ja, welchen Pflegegrad? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja  nein

#### Wenn PRIVAT versichert:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

#### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht?

(z.B. bei Versendung von Röntgenbildern) ja  nein

#### Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge?

Wenn JA, wie möchten Sie an Ihren nächsten

Vorsorgetermin erinnert werden? per Brief  per SMS

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja  nein

Herzschrittmacher/ Künstliche Herzklappe ja  nein

Hoher Blutdruck ja  nein

Niedriger Blutdruck ja  nein

Gerinnungshemmer (Falithrom, ASS, ... ) ja  nein

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja  nein

Rheuma ja  nein

Diabetes ja  nein

Schilddrüsenerkrankung ja  nein

Lebererkrankung (Hepatitis) ja  nein

Magen- / Darmerkrankung ja  nein

Nierenerkrankung ja  nein

Lungenerkrankung / Asthma ja  nein

Nasen- / Nasennebenhöhlenerkrankung ja  nein

Augenerkrankung (z.B. Glaukom, etc.) ja  nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Epilepsie ja  nein

HIV positiv ja  nein

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? ja  nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Suchterkrankungen (z.B. Drogen, Alkohol, etc.) ja  nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien (z.B. Latex, Pflaster, etc.) ja  nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein

(Spezielle Medikamente in der Krebstherapie oder der Osteoporose)

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja  nein

Wenn JA, bei welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? ja  nein

Wenn JA, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn JA, in welchem Monat?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Über die neue Datenschutzverordnung vom 25.05.2018 wurde ich aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift