

PATIENTEN-NAME

PATIENTEN-VORNAME

GEB.-DATUM

VERSICHERTEN-NAME (FALLS ABWEICHEND)

VERSICHERTEN-VORNAME

GEB.-DATUM

STRASSE, NR.

PLZ

ORT

TELEFON TAGSÜBER

E-MAIL-ADRESSE

BERUF

ARBEITGEBER

ICH KOMME AUF EMPFEHLUNG VON

ICH BIN

PRIVAT VERSICHERT

PKV Standardtarif  beihilfeberechtigt

GESETZLICH VERSICHERT

pflichtversichert  freiwillig versichert

ZUSATZVERSICHERUNG

ja  nein

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um das folgende Anmeldeformular auszufüllen. Damit tragen Sie dazu bei, daß wir Ihren Gesundheitszustand besser beurteilen und somit Komplikationen weitgehend ausschließen können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Sie sind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

HAUSARZT

FACHARZT

2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

ja  nein

WELCHE?

3. Benötigen Sie ständig Medikamente?

ja  nein

WELCHE?

4. Erhalten Sie eine Bisphosphonat-Medikation?

ja  nein

5. Hatten oder haben Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Herz-Kreislauf:

Endokarditis  Infarkt  Blutdruck:  zu hoch  zu niedrig  Epileptische Anfälle  Krämpfe

Stoffwechsel:

Diabetes  Erkrankung der Schilddrüse  Bauchspeicheldrüse

Lunge und Atemwege:

Asthma  Bronchitis  Tuberkulose

Hals/Nase/Ohren:

Kiefer- bzw. Stirnhöhlen  Mandeln

Blutgefäße:

Durchblutungsstörungen  Thrombose  Krampfader  Blutgerinnungsstörungen

Erkrankungen von:

Leber  Galle  Magen  Gelbsucht

Haut bzw. Schleimhaut:

Ausschlag  Allergie  Heuschnupfen  Herpes  Pilzinfektion

Haben Sie einen Allergiepaß?

ja  nein

Erkrankungen der:

Wirbelsäule  Halswirbelsäule  Gelenke  Muskulatur

Rheumatische Erkrankungen:

Weichteilrheumatismus  Gelenkrheumatismus

5. Infektionskrankheiten?

ja  nein

6. Liegt eine Schwangerschaft vor?

ja  nein

WOCHE?

Dürfen wir Ihnen wichtige Mitteilungen per E-Mail versenden?  ja  nein

NIEDERKASSEL, DATUM

**UNTERSCHRIFT: BITTE HIER UNTERSCHREIBEN.**

