

Patienten-Anmeldeformular

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hs. Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail (optional): _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein **Hausarzt:** _____, über Befunde informiert wird.

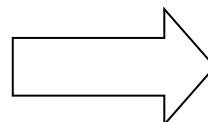
Ja

Nein

Für Eltern mit Ihrem Kind:

Name, Vorname, Geburtsdatum der/s Hauptversicherten (Vater oder Mutter)

Bitte wenden!



Medizinische Selbstauskunft:

Bitte ausfüllen oder ankreuzen:

Allergien (auf Schmerzmittel, Antibiotika, Pflaster oder Metalle)

Nein Ja , Welche: _____

Herz-, Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Infarkt, Stent, etc.)

Nein Ja , Welche: _____

Diabetes mellitus (Typ I/II)

Nein Ja , Welche: _____

Andere Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Cholesterin, Gicht, etc.)

Nein Ja , Welche: _____

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV, Hep. B/C, etc.)

Nein Ja , Welche: _____

Andere Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen, Schlaganfall, etc.)

Nein Ja , Welche: _____

Aktuelle Medikamenteneinnahme

Nein Ja , Welche: _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, etc.)

Nein Ja , Welche: _____

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Nein Ja , bitte an der Anmeldung abgeben.

Rauchen Sie?

Nein Ja

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (bei Erziehungsberechtigten gilt diese Erklärung auch für die Daten des Kindes).

Ort, Datum

Unterschrift