

Anmeldebogen - Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße:

PLZ & Wohnort:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil:

EMail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

privat zusatzversichert privat versichert Basis Tarif

Ich erhalte Leistungen aus einer Pflegeversicherung.

Pflegeversicherung:

Pflegegrad:

Rechnungsempfänger (Versicherter bei nicht Selbstversicherten):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ & Wohnort:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Überweisung Empfehlung Freunde/ Bekannte Telefonbuch
 Internet Zeitungsanzeige

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Probleme eingehen und allgemeinmedizinische Risiken vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Gesundheitsfragen

Hausarzt:

Ort:

Herz- und Kreislauferkrankungen	O JA	O NEIN
Herzinfarkt - Erkrankungen der Herzkranzgefäße - Rhythmusstörungen - Schrittmacher - Klappenersatz - Herzfehler - hoher Blutdruck - niedriger Blutdruck - Stent -		
Bluterkrankungen/ Gerinnungsstörungen	O JA	O NEIN
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	O JA	O NEIN
Gelenkersatz	O JA	O NEIN
Ich nehme Bisphosphonate/ monoklonale Antikörper (bspw. Fosamax).	O JA	O NEIN
Schilddrüsenerkrankungen	O JA	O NEIN
Erkrankungen der Atmungsorgane/ Asthma	O JA	O NEIN
Magen- Darm - Erkrankungen	O JA	O NEIN
Infektionskrankheiten	O JA	O NEIN
Hepatitis - HIV - Tuberkulose -		
Lebererkrankungen	O JA	O NEIN
Nierenerkrankungen	O JA	O NEIN
Allergien und Unverträglichkeiten	O JA	O NEIN
Antibiotika/ Penicillin - Schmerzmittel - Betäubungsspritzen - Latex - Kunststoffe - Metalle -		

Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit)	O JA	O NEIN
Krebs / Bestrahlungen / Chemotherapie	O JA	O NEIN
Erkrankungen des Nervensystems	O JA	O NEIN
Anfallsleiden	O JA	O NEIN
Kopfschmerzen - Migräne - Schlafstörungen - Ohnmacht - Nervosität - Schlaganfall		
Rauchen Sie?	O JA	O NEIN
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	O JA	O NEIN

Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

Sind Sie drogenabhängig?	O JA	O NEIN
Sind Sie frisch operiert?	O JA	O NEIN
Gefällt Ihnen Ihre Zahnfarbe?	O JA	O NEIN
Leiden Sie oft unter Kopf- und Nackenschmerzen?	O JA	O NEIN
Für Patientinnen - Sind Sie schwanger?	O JA	O NEIN

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern der Praxis *Wallerius · Kralj* eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien o.ä. ausgewertet werden können.

Schwalbach am Taunus, Unterschrift: