



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Handy _____

Krankenkasse _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon _____

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name _____

Anschrift _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

akute oder chronische Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems: _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.): _____

innere Krankheiten (Diabetes usw.): _____

Überempfindlichkeit (Allergie) gegen: _____

Gerinnungsstörungen (gerinnungshemmende Medikamente): _____

Schwangerschaft: ja nein wenn ja – welcher Monat? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja – welche? _____

Sonstiges: _____

letzte Röntgenuntersuchung: _____

empfohlen/überwiesen durch: _____

Wir behalten uns vor, vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, nach BGB § 615 in Rechnung zu stellen. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift