

ANMELDEBOGEN

Für eine fachgerechte Behandlung ist die Beantwortung der folgenden Fragen für uns wichtig. Wir bitten Sie daher, diesen Anmeldebogen möglichst komplett auszufüllen.

Name des Patienten: _____ Geb.-Datum: _____

Name des Versicherten: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel.-Nr. privat: _____ Tel.-Nr. geschäftlich: _____

Private Krankenkasse _____ Email: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Überwiesen bzw. empfohlen durch: _____

Name und Anschrift Ihres (bisherigen) Hausarztes: _____

Bitte beantworten Sie, soweit Ihnen möglich, außerdem folgende Fragen:

1. Wann wurden folgende Impfungen aufgefrischt?

- Polio _____ Tetanus _____
 Diphtherie _____ Hepatitis A _____ Hepatitis B _____
 Röteln, Mumps, Varizellen, Masern _____

2. Wann war Ihre letzte Magen-Darm-Spiegelung? Magen-Spiegelung _____
Darm-Spiegelung _____

3. Aktueller Anlass Ihres Besuches: _____

4. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

5. Allergien: _____

6. Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

gegen welche? _____

7. Rauchen Sie? ja nein Trinken Sie Alkohol? ja nein gelegentlich

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

9. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

10. Wir bieten in unserer Praxis eine elektronische Patientenakte (EPA) mit Ihren persönlichen Gesundheitsdaten an. Infos erhalten Sie an der Anmeldung. Kosten pro Monat: € 2,50.

Bitte geben Sie Ihre Email-Adresse im o. a. Feld an.

Ja, ich möchte die EPA und bin über die Kosten informiert worden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift