

## **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