Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin München

ANMELDEBOGEN KOMPLETT-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin München

ANMELDEBOGEN FITNESS-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin München

ANMELDEBOGEN RAUCHER-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin München

ANMELDEBOGEN HERZ-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin München

ANMELDEBOGEN BUSINESS-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin Tegernsee

ANMELDEBOGEN KOMPLETT-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin Tegernsee

ANMELDEBOGEN FITNESS-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin Tegernsee

ANMELDEBOGEN RAUCHER-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin Tegernsee

ANMELDEBOGEN HERZ-CHECK

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

Center for Preventive Medicine

Zentrum für Präventivmedizin Tegernsee

ANMELDEBOGEN BUSINESS-CHECK

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