



## 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