

ANMELDEBOGEN



Name, Vorname des Patienten:

..... **geb. am:**

Name, Vorname des Hauptversicherten:

..... **geb. am:**

Geburtsort (des Patienten):

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon privat: Mobil:

E-Mail:

Firma: Beruf: Telefon geschäftlich:

Krankenkasse:

Hausarzt/Anschrift/Telefon :

Grund Ihres Besuches:

Sie kommen auf Empfehlung von:

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen und werden streng vertraulich behandelt. Falls Sie einen Herz-, Marcumar- oder Allergiepass besitzen, zeigen Sie diesen bitte vor.

1. Herz-Kreislaufferkrankungen:
(Bluthochdruck, Herzinfarkt/-OPs/-schrittmarker, Herzklappenfehler/-ersatz, Endokarditisrisiko)

2. Bluterkrankungen:
(Gerinnungsstörungen, Erkrankungen des roten/weißen Blutbildes, andere)

3. Gefäßerkrankungen:
(Thrombose, Durchblutungsstörungen, Gefäßprothese, andere)

4. Infektiöse Erkrankungen:
(AIDS, Hepatitis A B C, Tuberkulose, MRSA, andere)

5. Allergien/Unverträglichkeiten:
(Lokalanästhesie, Spritzen, Antibiotika, Schmerzmittel, Jod, Metalle, andere)

Bitte Blatt wenden!!!

6. Anfallsleiden:
(Epilepsie, andere)

7. Stoffwechselerkrankungen:
(Zuckererkrankung, Über- /Unterfunktion der Schilddrüse, andere)

8. Haut-/Schleimhauterkrankungen:
(Herpes, Psoriasis, Pilzbefall, Leukoplakie, Tumorverdacht, andere)

9. Augenerkrankungen:
(Glaukom, andere)

10. Respirationstrakt:
(Stirn-, Kieferhöhle, Kehlkopf, Bronchial-/Lungenerkrankung, andere)

11. Verdauungstrakt:
(Magen-/Darmerkrankung, Leber, Bauchspeicheldrüse, andere)

12. Urogenitaltrakt:
(Nierenerkrankung, Dialyse, andere)

12. Bewegungsapparat:
(Rheuma, Gelenk-/Knochenveränderungen, Wirbelsäule, Fibromyalgie, Gelenkersatz)

14. Kopfschmerzen/Migräne:

15. Tumoranamnese:
(Tumor-Operationen (Bisphosphonate), Chemotherapie, Strahlentherapie)

16. Verletzungen/Operationen im Kopfbereich:

17. Medikamente:
(insbesondere blutverdünnende Medikamente, Bisphosphonate)

18. Schwangerschaft ja, Monat nein

19. Letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme/letzter Zahnarztbesuch ?

20. Würgereiz bei Abformungen? ja nein

21. Sonstiges?
(Rauchen, Alkohol, anderes)

22. Kostenlose SMS-Erinnerung an Ihren Termin? ja nein

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen (z. B. Adresse, neue Medikamente) umgehend mit. Bitte halten Sie vereinbarte Termine unbedingt pünktlich ein bzw. sagen sie mindestens 2 Tage vorher ab. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Leonberg, den

Unterschrift