

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Um Sie in unserer Praxis bestmöglichst betreuen zu können, brauchen wir Ihre Hilfe.

Bitte füllen Sie dafür den Anamnesebogen gewissenhaft aus, damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und Gesundheitszustand erfolgen kann.

Wenn Sie Hilfe benötigen, sprechen Sie uns bitte an. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Patient/in

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Versicherte/r

Name _____ Vorname _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Zusatzversichert Privat versichert EU Versichert

Welches Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis

Kontrolluntersuchung Schmerzen Zweitmeinung Überweisung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Außenwerbung Andere

Teilnahme am Recall, Erinnerungsservice

Ich möchte an meine halbjährliche Untersuchung/ Kontrolluntersuchung erinnert werden.
Die Teilnahme am Recallsystem ist unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte benachrichtigen Sie mich über:

Email Anruf Brief

Herz- Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck	Ja	Nein
Endocarditis	Ja	Nein
Herzoperation	Ja	Nein
<i>wenn ja, wann</i>		
Herzschrittmacher	Ja	Nein
Herinfarkt, Schlaganfall	Ja	Nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Epilepsie	Ja	Nein
Krämpfe	Ja	Nein

Krebs- und Tumorerkrankungen

Ja Nein

*Wenn ja, welcher Art***Stoffwechselerkrankungen**

Diabetes	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankungen	Ja	Nein
Osteoporose	Ja	Nein
<i>Sonstige</i>		

Medikamente*Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?***Infektiöse Erkrankungen**

HIV/AIDS	Ja	Nein	
Hepatitis	Ja	Nein	
<i>Wenn ja:</i>	A	B	C
Tuberkulose	Ja	Nein	

Atemwegserkrankungen

Asthma	Ja	Nein
COP	Ja	Nein
Rauchen Sie?	Ja	Nein
<i>Wenn ja, wieviele?</i>		

Allergien:

Schmerzmittel	Ja	Nein	Penicillin	Ja	Nein
Anästhesie/Spritzen	Ja	Nein	Antibiotika	Ja	Nein
Metalle	Ja	Nein			

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass notwendige Röntgenaufnahmen (Anfangs-, Zwischen-, und Abschlussdiagnostik) angefertigt werden dürfen.

Wir möchten Ihnen gerne lange Wartezeiten ersparen. Um das zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Sie Ihre vereinbarten Termine einhalten. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns dies rechtzeitig mitzuteilen, um unnötige Missverständnisse zu vermeiden.