

Anmeldung/Anamnese

Patient	Hauptversicherter
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Straße/Nr.: _____	Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon privat/mobil: _____	
Telefon beruflich: _____	
Email: _____	
Beruf: _____	
Arbeitgeber: _____	

Name des Kostenträgers: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. Ergänzende Angaben eintragen.
Allergie (welche) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankung/Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsströmung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatologische Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koronare Herzerkrankung/Angina pectoris _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher/Defibrillator _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler/ -ersatz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? **ja** **nein** **Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. Ergänzende Angaben eintragen.**

Hypertonie (erhöhter Blutdruck)

Hypotonie (niedriger Blutdruck)

Mangeldurchblutung des ZNS

Arteriosklerose

Muskelschwäche

Infektionskrankheiten

Hepatitis, welcher Typ?

HIV/AIDS

MRSA

Lebererkrankungen

Magen-Darm-Erkrankung

Nierenerkrankung

Chronische Niereninsuffizienz

Dialyse

Osteoporose

Rheumatische Arthritis

Schilddrüsenerkrankungen

Tumorerkrankungen

Frühere Operation, welche?

Haben Sie künstliche Gelenke?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Besteht eine Schwangerschaft?

Nehmen Sie Medikamente, welche?

Psychische Erkrankung (z.B. Depressionen)

Suchterkrankung

Rauchen Sie?

Sonstige

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Ort, Datum

Unterschriften des Patienten