

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