

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Handy: _____

Mailadresse: _____

Tel. Geschäft.: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Bonusanspruch: _____

Sind Sie Beihilfberechtigt? _____

Wir sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Hausarzt : _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Zutreffendes bitte Ankreuzen

Haben Sie einen Allergiepass? ja [] nein []

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Welche? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja [] nein []

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja [] nein []

Liegt bei Ihnen ein hoher oder niedriger Blutdruck vor? _____

Sind Sie HIV positiv? ja [] nein []

Haben Sie Hepatitis B / C? ja [] nein []

Haben Sie Diabetes? ja [] nein []

Haben/ hatten sie eine Krebserkrankung? Bisphosphonattherapie? ja [] nein []

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja [] nein []

Leiden Sie unter Migräne/ Kopf / Nacken oder Rückenschmerzen ? ja [] nein []

Haben Sie grünen Star? ja [] nein []

Haben Sie Asthma? ja [] nein []

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Münster, den _____

Ich möchte über die nächste Kontrolle eine Benachrichtigung.

Münster, den _____