

Anmeldung

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Strasse / Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Zahlungspflichtiger / Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Strasse / Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Telefon Arbeitgeber _____ Beruf _____ E-Mail _____

Krankenkasse (Name) _____

privatversichert

pflichtversichert

Beihilfe

familienversichert

freiwillig versichert

Zahnzusatzversicherung

ich wünsche Privatbehandlung

(§ 13 Abs. 2 SGB V)

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit ist uns wichtig. Zur Vermeidung von Komplikationen benötigen wir folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Blutdruck zu hoch zu niedrig normal

Herzerkrankung / -operation, welche? _____

Schlaganfall

Diabetes Mellitus Typ 1 Typ 2 Insulinpflichtig

Blutgerinnungsstörung, welche: _____

Immunerkrankung, welche: _____

Hepatitis (Gelbsucht), welche: _____

Ausgeheilt: Ja nein unsicher

- HIV
- Tuberkulose (TBC)
- Schilddrüsenerkrankung
- Transplantationen, welche: _____
- Osteoporose
- Glaukom
- Krebserkrankung
- Allergien, welche: _____
- Allergiepass vorhanden Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen / Operationen: _____
- Unverträglichkeit von Medikamenten, welche: _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, was / wie viele am Tag: _____
- Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____
- Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein: _____
- Für weibliche Patienten: Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte informieren Sie uns, sobald sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand geändert hat, damit wir Sie jederzeit entsprechend behandeln können. Diese Angaben werden ggf. elektronisch von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Wir wollen Wartezeiten vermeiden, deshalb führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 36 Stunden vorher absagen müssen. Sonst kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Datum

Unterschrift