

Anmeldung

Patient

Name: Vorname: geb.:
Straße: PLZ/Ort:
Tel.Nr.: oder (Arbeitsstelle)
Krankenkasse: Beruf:
Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb.:
Straße: PLZ/Ort:
Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben : (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis)
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?

.....

3. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Tumorthherapie oder Osteoporose-Therapie?

.....

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche ?

.....

5. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja () Nein () Ungewiss ()

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Std. vorher ab, um die Berechnung einer Ausfallgebühr zu vermeiden.

Datum: Unterschrift: