

Anmeldeformular

Patient Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum _____ Geburtsort _____

Aktuelle Anschrift: _____

Telefonnummer/Handy/E-Mail: _____

Beruf: _____

Versicherung gesetzlich: _____ Zusatzversichert _____

Versicherung privat: _____ **Basistarif?**

Versicherter Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb.

Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

Herzerkrankungen: nein ja

Kreislaufkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzklappenersatz

wenn ja, seit wann? _____

Herzfehler

Endokarditis

Herzinfarkt,

wenn ja, wann? _____

Herzschrittmacher

Sonstige: _____

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

Blutdruck zu hoch

zu niedrig

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?

Einnahme von Gerinnungshemmern

Wenn ja, welche?(z.B. ASS, Marcumar, Plavix...)

Ohnmachtsneigung

Sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Diabetes
 - Magen-/Darmerkrankungen
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - Osteoporose
-

Nervensystemerkrankung: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Sonstige: _____
-

Infektionserkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Leberentzündung/Gelbsucht
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Tuberkulose
 - HIV
 - Aids
-

Immunsystem: nein ja

wenn ja, bitte weiter ausfüllen

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems:

Hatten Sie eine Organtransplantation?

Lunge: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Asthma
 - Chronische Erkrankungen (z.B. COPD)
 - Welche? _____
-

Dortmund, den _____

Unterschrift _____

Sonstige Erkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Rheumatische Erkrankungen
 - Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit?
 - Wenn ja, welche? _____
-

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung

nein ja

Wenn ja, welche und wann? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

nein ja

Welche? _____

Oder legen Sie bitte Ihre Medikamentenliste vor!

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?

nein ja

Welche? _____

Allergien nein ja

Wenn ja, welche? _____

Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor?

nein ja

Welcher? _____

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?

nein ja

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?
