

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?**

---

---

