



Anmeldebogen

Patient:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Größe _____

Gewicht _____

Krankenkasse _____

Versicherter (falls abweichend):

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass die für die Abrechnung und Verwaltung benötigten Daten des Patienten und Versicherten in unserer Praxis EDV-technisch erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Bitte teilen Sie uns eintretende Änderungen Ihrer Daten während der gesamten Behandlungsdauer unaufgefordert mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind, dass im Falle einer notwendigen Absprache mit einem Kollegen, einer Behandlungsübernahme durch einen Kollegen, einer Behandlung durch einen Assistenten oder einer Zusammenarbeit mit einem medizinischem Labor, einer kassenärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, einer Ärztekammer oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle Ihre Daten weitergegeben werden dürfen.

Sie bestätigen ferner, dass im Falle des Verkaufes der Praxis diese Daten vom Nachfolger weiterbenutzt und die angefertigten Behandlungsunterlagen an diesen weitergegeben werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht darauf zu bestehen, dass Ihre Daten gelöscht werden. Bitte entnehmen Sie weitere Informationen dazu der Patienteninformation zum Datenschutz, die in der Praxis aushängt.

Stephanskirchen, den _____

Unterschrift _____
(des Patienten)

Unterschrift _____
(des Versicherten; bei Minderjährigen: des Erziehungsberechtigten)

Die nachfolgenden Fragen helfen uns Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Welche? _____

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel, Abführmittel, und/oder Schlaftabletten ein?

Ja

Welche? _____

Nein

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Keuchhusten

Scharlach

Windpocken

Masern

Röteln

Mumps

Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden chronischen Erkrankungen bekannt?

Diabetes

Bluthochdruck

erhöhtes Cholesterin

Lungenerkrankung

Nierenerkrankung

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Welche Operation? _____

Nein

Leiden Sie an Allergien?

Ja

Worauf reagieren Sie? _____

Nein

Haben Sie einen Impfpass?

Ja

Letzte Tetanus-Diphtherieimpfung _____

Nein