

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir, das Praxisteam, möchten Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen die folgenden Angaben.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an eine Mitarbeiterin an der Anmeldung - Vielen Dank!

Personalien:

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Dienst: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Mitglied Familienversichert

Familienstand/Kinder: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Ich wünsche Befundberichte an mich ja nein / an meinen Hausarzt ja nein

Angaben zur Gesundheit:

1. Hatten Sie früher oder leiden Sie derzeit an einer der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Wenn Ja, welche?
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Erkrankungen der Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems und/oder der Psyche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

	Nein	Ja	Wenn Ja, welche?
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Sind Sie schon einmal operiert worden?

Nein Ja, und zwar _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, und zwar (ggf. Rückseite verwenden): _____

4. Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten oder sonstige Allergien bekannt?

Nein Ja, und zwar gegenüber: _____

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche beteiligten Mitarbeiter.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Rheinbach, _____

Unterschrift: _____