



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
E-Mail:	_____	Name: _____
Beruf:	_____	Adresse: _____
Arbeitgeber, Ort:	_____	_____
	_____	

Krankenkasse:

Kasse (gesetzlich): \_\_\_\_\_
  Privat: \_\_\_\_\_
  Beihilfe
  PKV-Standardtarif  
 Pflegestufe: \_\_\_\_\_
  Zusatzversicherung (privat): \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken? **Bitte zutreffendes ankreuzen:**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_   
 Sind Sie allergisch gegen bestimmte Stoffe? Welche? \_\_\_\_\_   
 Haben Sie Gerinnungsstörungen? .....   
 Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? .....   
 Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis A/B/C)? Welche? \_\_\_\_\_   
 Haben Sie Diabetes? .....   
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? .....   
 Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_. Woche .....   
 Haben Sie grünen Star? .....   
 Rauchen Sie? Wie viel? \_\_\_\_\_ .....

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?  Letztes Röntgen (Zähne) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( M / J )

Andere Grund: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Sollten Sie Termine nicht wahrnehmen können, bitte mindestens 24 Stunden vorher absagen, andernfalls behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die Behandlung privat in Rechnung zu stellen.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Siegburg, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .202\_\_

\_\_\_\_\_ Patient/-in