

# Anmeldung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Strasse / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtiger / Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Strasse / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name) \_\_\_\_\_

privatversichert

pflichtversichert

Beihilfe

familienversichert

freiwillig versichert

Zahnzusatzversicherung

ich wünsche Privatbehandlung

(§ 13 Abs. 2 SGB V)

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit ist uns wichtig. Zur Vermeidung von Komplikationen benötigen wir folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Blutdruck  zu hoch  zu niedrig  normal

Herzerkrankung / -operation, welche? \_\_\_\_\_

Schlaganfall

Diabetes Mellitus  Typ 1  Typ 2  Insulinpflichtig

Blutgerinnungsstörung, welche: \_\_\_\_\_

Immunerkrankung, welche: \_\_\_\_\_

Hepatitis (Gelbsucht), welche: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt:  Ja  nein  unsicher

- HIV
- Tuberkulose (TBC)
- Schilddrüsenerkrankung
- Transplantationen, welche: \_\_\_\_\_
- Osteoporose
- Glaukom
- Krebserkrankung
- Allergien, welche: \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden  Ja  Nein
- Sonstige Erkrankungen / Operationen: \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeit von Medikamenten, welche: \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Wenn ja, was / wie viele am Tag: \_\_\_\_\_
- Behandelnder Arzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_
- Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein: \_\_\_\_\_
- Für weibliche Patienten: Könnten Sie schwanger sein?  Ja  Nein

---

---

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte informieren Sie uns, sobald sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand geändert hat, damit wir Sie jederzeit entsprechend behandeln können. Diese Angaben werden ggf. elektronisch von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Wir wollen Wartezeiten vermeiden, deshalb führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 36 Stunden vorher absagen müssen. Sonst kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift