

Anmeldeformular mit Anamnese

Patient Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ Ort

Telefon privat mobil geschäftlich E-Mail

Versicherung

Versicherter/ Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter (nur bei Familienversicherten) Krankenkasse

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung | <input type="checkbox"/> private Versicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Vollversicherung |
| <input type="checkbox"/> familienversichert | <input type="checkbox"/> behilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattung | <input type="checkbox"/> Basisarlf |

Hausarzt

Name, Vorname Telefon

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Name, Vorname Telefon

Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor an:

- | | | | |
|----|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a. | Herz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. | Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. | Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d. | Lunge (Asthma u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e. | Leber (Gelbsucht, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f. | Niere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Leiden sie an:

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a. | Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. | Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. | Rheumatischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d. | Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u. a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e. | Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f. | Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Spritzenreaktionen:

Werden Sie ohnmächtig ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Monat

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche:

Medikamente gegen Knochenerkrankungen (Bisphosphonate)

Letzte Röntgenaufnahme, wann: _____

Wer hat uns Ihnen empfohlen oder wer hat Sie überwiesen? _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden ggf. von uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, ja nein
die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen zählen?

Bielefeld, den _____

Datum

Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter