

Anmeldeformular mit Anamnese

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Patienten	

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Versicherten	

Telefon	E-Mail
_____	_____
Versicherung	Hausarzt
_____	_____

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| a) Herz | (Ja) (Nein) _____ |
| b) Blutdruck | (Ja) (Nein) _____ |
| c) Blutgerinnung | (Ja) (Nein) _____ |
| d) Lunge (Asthma u.a.) | (Ja) (Nein) _____ |
| e) Leber (Gelbsucht u.a.) | (Ja) (Nein) _____ |
| f) Niere | (Ja) (Nein) _____ |

2. Leiden Sie an

- | | |
|--|-------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker) | (Ja) (Nein) _____ |
| b) Allergien | (Ja) (Nein) _____ |
| c) rheumatische Erkrankungen | (Ja) (Nein) _____ |
| d) Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a.) | (Ja) (Nein) _____ |
| e) Medikamentenunverträglichkeit | (Ja) (Nein) _____ |
| f) Knochenerkrankung | (Ja) (Nein) _____ |

3. Spritzenreaktion:

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| Werden Sie ohnmächtig | (Ja) (Nein) _____ |
| Wird Ihnen schlecht | (Ja) (Nein) _____ |

4. Besteht eine Schwangerschaft? (weiß nicht) (Ja) Monat: _____ (Nein)

5. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

6. Andere Erkrankungen _____

7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen? _____

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice per (Post / Tel./ Mail) teilzunehmen ? (Ja) (Nein)

Wenn ja, stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu,
und kann dies jederzeit widerrufen! (Art.6, 7 Abs 1 lit. a DSGVO)

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder ihrer Adresse mit!

Datum _____ Unterschrift _____