

Anamnese und Anhebungsbogen

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Tel. Privat: _____ Tel. dienstl.: _____
 Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____

Versicherter (bei nicht selbst Versicherten):

freiwillig Versichert

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Hausarzt (Allgemeinmedizin): Name: _____ Telefon: _____

Leiden Sie unter einer folgenden Krankheit?

	ja	nein		ja	nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Blutesz.B. Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeld-Jakob-Krankheit(BSE) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden z.B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien gegen _____		
Hatten Sie eine Herzoperation (Bypass-OP, Klappenersatz, Herzschrittmacher)?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie sonstige Erkrankung, die hier nicht aufgeführt sind? _____					
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein wie z.B. Marcumar, ASS, Xarelto etc. ?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein wie z.B. Schmerzmittel, Antidepressiva?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja welche ? _____					
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Welche? _____			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder wegen einer schwerwiegende Erkrankung in ärztlicher Behandlung?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> früher bei Dr. Benkert/Jox					
<input type="checkbox"/> auf Empfehlung _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____					

RECALL: Ich möchte gerne von Ihnen zu meinen individuellen Vereinbarten Vorsorgetermine erinnert werden

ja telefonisch _____, SMS _____, E-Mail _____, nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass wir bei nicht erscheinen zu einem Termin ohne rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher), die Ausfallzeit nach § 615 BGB in Rechnung (je Ausfallzeit 100€) stellen können.

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer unverzüglich mitzuteilen.

ich erkläre mich mit einer Bonitätsanfrage bei Firma Creditreform, sofern Behandlungen mit Eigenanteil durchgeführt werden sollen, einverstanden.

Ihre Daten werden entsprechen den gesetzlichen Vorgaben streng vertraulich behandelt und nur zu Abrechnungszwecken elektronisch gespeichert.

Baden-Baden, den _____ Unterschrift _____
 (bei minderjährigen gesetzlicher Vertreter)