

# Anmelde- & Anamnesebogen

Patient*in	Versicherter, falls nicht identisch
<b>Name:</b> <b>Vorname:</b> <span style="float: right;">geb.</span> <b>Strasse:</b> <b>PLZ:</b> <span style="float: right;">Ort:</span> <b>gesetzlich versichert bei:</b> <b>privat versichert bei:</b>	<b>Name:</b> <b>Vorname:</b> <span style="float: right;">geb.</span> <b>Strasse:</b> <b>PLZ:</b> <span style="float: right;">Ort:</span> <b>gesetzlich versichert bei:</b> <b>privat versichert bei:</b>

- Telefon dienstlich:
- Telefon dienstlich:

• Für privat versicherte Patienten:

- Ich habe einen Sozialtarif (Standard- oder Basistarif) gewählt ja  nein

- Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden (ggf. ein Zusatzblatt verwenden):

- Erhalten Sie eines der folgenden Medikamente : ja  nein

*Actonel, Aclasta, Alendo, Aredia, Bonviva, Bondronat, Bonefos, Clodron, Denosunab, Didronel, Diphos, Etidronat, Fosamax, Fosavance, Pamidron, Pamifos, Prolia, Ribodronat, Skelid, Tevanate, X-Geva, Zometa, Denosunab*

- Erhalten Sie regelmäßig eine Infusionsbehandlung? ja  nein

- Wenn ja, weshalb?

- Erhalten Sie gerinnungshemmende Medikamente (welche?) ja  nein

- Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)? ja  nein

- Wenn ja, gegen welche Substanzen?

	ja	nein		ja	nein
• Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Hepatitis (Leberentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Wenn ja, wann/ welcher Typ		
• Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Herzinfarkt/wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlaganfall/wennja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionskrankheit (TBC, HIV etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- **Ist Ihnen eine weitere Erkrankung bekannt?** ja  nein   
Wenn ja, welche?

- Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  vielleicht

**Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach operativen Eingriffen eingeschränkt ist. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Die Datenschutzinformationen der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_