

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

PATIENT

NAME

VORAME

GEB.

MITGLIED

NAME

VORAME

GEB.

KRANKENKASSE

ANSCHRIFT

STRASSE

NR.

TELEFON

PLZ

ORT

BERUF

EMAIL FÜR RECALL

TELEFON TAGSÜBER

MOBIL-NR.

	JA	NEIN
LEIDEN SIE UNTER EINER ALLERGIE? WENN JA, WELCHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HATTEN ODER HABEN SIE ERNSTHAFTE HERZ- ODER KREISLAUFBESCHWERDEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE ZUCKERKRANK (DIABETES)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE LEBERKRANK ODER HATTEN SIE EINMAL GELBSUCHT (HEPATITIS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIND SIE TRÄGER DES AIDS-VIRUS (HIV POSITIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEIDEN SIE AN EINER BLUTGERINNUNGSSTÖRUNG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEIDEN ODER LITTEN SIE AN TUBERKULOSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEIDEN SIE AN ASTHMA (SCHWERE ATEMNOT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABEN ODER HATTEN SIE EINE MAGEN- ODER DARMERKRANKUNG (z.B. ULKUS, GASTRITIS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABEN ODER HATTEN SIE EINE SCHILDDRÜSENERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABEN SIE EIN NIERENLEIDEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABEN SIE EIN <input type="checkbox"/> ORGANTRANSPLANTAT ODER EINEN <input type="checkbox"/> HERZSCHRITTMACHER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE WENDEN!

	JA	NEIN
HABEN SIE SONSTIGE, NICHT AUFGEFÜHRTE ERKRANKUNGEN? WENN JA, WELCHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WURDE ODER IST BEI IHNEN EINE TUMORBEHANDLUNG DURCHGEFÜHRT WORDEN (BISPHOSPHONATE)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

SIND SIE SCHWANGER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

LETZTE RÖNTGEN- UND NUCLEARMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN (Z.B. SCHILDDRÜSEN RADIO-JOD-TEST)?
WANN: _____ WAS: _____

OHNMACHTSNEIGUNG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

NEHMEN ODER NAHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? WENN JA, WELCHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

HABEN SIE DEN EINDRUCK, DASS SIE KNIRSCHEN ODER PRESSEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

SIND SIE MIT IHRER ZAHNFARBE ZUFRIEDEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------	--------------------------	--------------------------

SCHNARCHEN SIE ODER IHR PARTNER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

WAS IST DER GRUND FÜR IHREN BESUCH IN UNSERER PRAXIS?

NAME/TEL. DES HAUSARZTES:

SEHR GEEHRTER PATIENT!
SIE KOMMEN ZUR BEHANDLUNG IN EINE PRAXIS, DIE MIT BESTELLSYSTEM GEFÜHRT WIRD. DAS BEDEUTET, DASS DIE RESERVIERTE ZEIT FÜR SIE ZUR VERFÜGUNG STEHT UND IHNEN IN DER REGEL NUR GERINGE WARTEZEITEN ENTSTEHEN. SIE WERDEN DESHALB GEBETEN FRÜHZEITIG EINEN TERMIN ABZUSAGEN, DEN SIE NICHT EINHALTEN KÖNNEN. SOLLTEN SIE NICHT SPÄTESTENS 24 STUNDEN VORHER ABSAGEN, KÖNNTEN FÜR SIE UNNÖTIGE KOSTEN ENTSTEHEN.

DIE PRAXIS GISSEL WURDE EMPFOHLEN VON:

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____
