

Anmeldebogen

Stamm- daten	Personalien:	
	Familienname:	Vornamen:
	geboren am: .....	.....
	Straße:	PLZ/Ort:
	Telefon privat: /.....	geschäftlich /.....
Email:	Krankenkasse:	

A-soz.	Freiwillige Angaben:	
	Familienstand:	Beruf z.Zt.:
	Anzahl Kinder:	Geburtsjahre:

RA	Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche: 1:..... 2:..... 3:.....
	Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann (Jahresangabe)

RA	Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>
	Wenn ja: wie viel? /Tag Seit wann Bis wann:

FA	Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?			
	Erkrankung	nein	ja	Welche?
	Herz, oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A	Medizinische Fragen:
	Welche Beschwerden haben Sie heute?

M & DDI	Aktuelle Medikation: Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um diese Angaben				
	Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts
	1: .....	.....	.....	.....	.....
	2: .....	.....	.....	.....	.....
	3: .....	.....	.....	.....	.....
	4: .....	.....	.....	.....	.....
	5: .....	.....	.....	.....	.....
	6: .....	.....	.....	.....	.....
	7: .....	.....	.....	.....	.....
	8: .....	.....	.....	.....	.....
	9: .....	.....	.....	.....	.....
10: .....	.....	.....	.....	.....

DD	Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?				
	Erkrankung	nein	ja	Welche?	wann diagnostiziert?
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz- oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluterkrankungen/Blutgerinnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung/Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter