

Anmeldung und Angaben zur Krankengeschichte

**Name, Vorname
des Patienten**.....

geb. am

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Ihr Hausarzt

Ihr Zahnarzt

Überweiser

**auszufüllen bei privater Versicherung
oder fehlender Versicherungskarte:**
Versicherter bzw. Zahlungspflichtiger

.....

geb. am

Straße

PLZ, Ort

Beruf

Arbeitgeber

Krankenversicherung

Das Angekreuzte trifft für mich zu!

- Ich neige zur Ohnmacht.
- Ich habe einen zu hohen Blutdruck.
- Ich habe einen zu niedrigen Blutdruck.
- Ich leide unter Durchblutungsstörungen.
- Ich habe folgende Herzerkrankungen:
-
- Ich trage einen Herzschrittmacher.
- Ich hatte einen Schlaganfall.
- Bei mir wurde eine Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt.
- Ich habe zurzeit eine schlecht heilende Wunde.
- Ich bin oder war vor kurzem (1/2 Jahr) in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim.
- Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein.
-
-
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten (Medikament oder Infusion zur Knochenstärkung) behandelt?

- Ich habe eine Blutgerinnungsstörung / Bluterkrankung.
- Ich leide an einer Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV).
- Ich habe eine Lebererkrankung oder Gelbsucht.
- Ich bin zuckerkrank (Diabetiker/in).
- Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung.
- Ich leide an Rheuma bzw. einer Knochenerkrankung.
- Ich bin nierenkrank / dialysepflichtig.
- Ich leide an einer Magen-Darm-Erkrankung.
- Ich leide an einer Nervenerkrankung.
- Ich habe ein Anfallsleiden (Epilepsie).
- Ich leide an einer Lungenerkrankung.
- Ich leide an Asthma.
- Ich habe folgende andere Erkrankungen:
-
- Bei mir sind folgende Allergien bekannt:
-
- Ich vertrage folgende Medikamente nicht:
-
- Ich bin schwanger.**
- Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?

Meine Daten werden zur medizinischen und zahnmedizinischen Dokumentation und Abrechnung elektronisch gespeichert und verarbeitet. Mit der Weitergabe dieser Daten an zukünftige ärztliche oder zahnärztliche Mitarbeiter in dieser Praxis bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich, jede Änderung meines Gesundheitszustandes oder der o.g. Angaben den Praxisinhabern unaufgefordert bei zukünftigen Behandlungen mitzuteilen.

Sofern ich **privat versichert** bin, habe ich davon Kenntnis genommen, dass es abhängig von Versicherungsvertrag, Beihilfe- und Erstattungsrichtlinien zu einer Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungs- oder Beihilfebetrags kommen kann. Da sich die Abrechnung nach den amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte richtet, entbindet mich dies nicht von der Begleichung des kompletten Rechnungsbetrags.

Hamm, den Unterschrift