

Gemeinschaftspraxis Dr. Dr. C. O Keller / Dr. Dr. I. Kitner

Anmeldung (Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben)

Patient

Gewicht: _____ Größe: _____

Herr/Frau/Kind

Name Vorname Geb. Datum

Anschrift

Straße Nr. Telefon

Postleitzahl Ort Mobil-Tel.

falls abweichend
**Mitglied/
Zahlungs-
pflichtiger**

E-Mail

Name Vorname Geb. Datum

Anschrift

Straße Nr. Telefon

Postleitzahl Ort

**Beruf des
Mitgliedes**

**Name der
Krankenkasse**

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Privatversichert → nur Basistarif

keine Versicherung

Zahnarzt

Name Ort

Hausarzt

Name Ort

Bitte das Blatt wenden!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.
Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen.

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Rauchen (wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Erkrankung des Herzens (ggf. wann?) <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappe <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Gerinnungshemmende Medikamente <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Plavix/Iscover/Clopidogrel/andere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Gerinnungsstörungen (auch bei Blutsverwandten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Lebererkrankungen Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Skelettsystem/Knochen <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Künstl. Gelenke (welche) <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nerven-/Gemütskrankungen <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Tumorerkrankungen (ggf. wann und wo ?) <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Behandlung mit <u>Bisphosphonaten</u> (Medikamente zur Knochenstärkung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Liste vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Allergische Reaktionen (ggf. Allergiepass vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Medikamentenallergie <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Schwangerschaft (wenn ja, welche SSW)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sonstige Angaben/andere Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Bochum, den _____

Unterschrift _____