

# Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung in meiner Praxis entschieden. Vielen Dank!

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus und beantworten Sie einige Fragen. Sie erleichtern uns damit die Arbeit und wir können gleich von Beginn an besser auf Ihre Probleme eingehen und vermeiden das Übersehen wichtiger Zusatzinformationen über Ihre Krankengeschichte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ Fax / E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie von Zuzahlungen befreit? Ja  Nein

Waren Sie schon einmal bei uns in der Praxis zur Behandlung? Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen möglichst 24 Std. vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgemeldete Termine privat in Höhe von 10,00 € in Rechnung gestellt werden.

## **Einige Fragen zu Ihrer Person:**

Haben Sie schon besondere OP's oder Krankheiten gehabt?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Gelenkersatz oder andere Implantate (z.B. Herzschrittmacher)?

\_\_\_\_\_

Welche wichtigen Medikamente nehmen Sie ein (z.B. Blutdrucksenker, Schmerzmittel usw.)?

\_\_\_\_\_

Wo haben Sie zur Zeit die meisten Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte für weitere Angaben die Rückseite des Blattes.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_