

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 unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgemeldete Termine privat in Höhe des Kassenpreises für die Therapie 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 _____