

## Anmeldung/Anamnese

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

**Hinweis:** Sie haben die Möglichkeit, dieses Formular bequem digital in Ihrem PDF-Reader auszufüllen und dann auszudrucken, oder Ihre Angaben handschriftlich auf einem Ausdruck zu machen.

<b>Patient/in</b>	Name, Vorname		geb.
<b>Anschrift</b>	Straße, Hausnr.		PLZ, Ort
<b>Kontakt</b>	E-Mail	Tel.	Mobil
<b>Mitglied/ Versicherter</b>	Name, Vorname		geb.
	<small>Bei Kindern Erziehungsberechtigter</small>		
<b>Anschrift</b>	Straße, Hausnr.		PLZ, Ort
<b>Kontakt</b>	E-Mail	Tel.	Mobil
<b>Kostenträger</b> <small>Krankenkasse oder Versicherung</small>	Name der Kasse/Versicherung		
<b>Art der Versicherung</b> <small>Bitte ankreuzen</small>	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarifversicherter	
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt	
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert	
	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarifversicherter	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)	
<b>Beruf des Mitglieds</b>	Berufsbez.	Arbeitgeber	
<b>Anschrift des Arbeitsgebers</b>	Straße, Hausnr.		PLZ, Ort
			Tel.
	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler bzw. Student		

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten

- |    |                             |                          |                           |                          |                          |                          |
|----|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | Ja                          | Nein                     | Ja                        | Nein                     | Ja                       | Nein                     |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Asthma (schwere Atemnot)    |                          | Leberkrankheiten          |                          | Schlaganfall             |                          |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Zuckerkrankheit             |                          | Anfallsleiden (Epilepsie) |                          | HIV-Infektion            |                          |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Tumor/Karzinom/Krebs        |                          | Bluterkrankungen          |                          | Rheuma                   |                          |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Blutgerinnungsstörung       |                          | TBC                       |                          | Osteoporose              |                          |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |                          | Blutdruckproblemen        |                          | Nierenerkrankungen       |                          |
|    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Schilddrüsenerkrankungen    |                          | Herzinfarkt               |                          | Krankenhauskeim MRSA     |                          |

Hausarztes

Name	Kontaktdaten
------	--------------

- |    |   |                             |                               |                     |                            |                             |                               |
|----|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| b) | Nehmen Sie Macumar oder andere/weitere Blutverdünner? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c)                  | Nehmen Sie Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) | Nehmen Sie sonstige Medikamente?                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche Medikamente? |                            |                             |                               |

2. Allergien

- |    |                                     |                             |                               |                                |                              |                             |                               |
|----|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) | Haben Sie Allergien?                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b)                             | Ich habe einen Allergie-Pass | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) | Gegen Medikamente oder Materialien? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Gegen was sind Sie allergisch? |                              |                             |                               |

3. Blutdruck

<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hoch	ggf. Werte
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------

4. Kiefergelenksknacken / Kiefergelenkschmerzen

- |    |  |                             |                               |    |                        |                             |                               |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|----|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) | Haben Sie Kiefergelenksknacken bzw. Schmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b) | Knirschen/Pressen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) | Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | d) | Schnarchen Sie?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- |    |                                     |                             |                               |    |              |                             |                               |
|----|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 5. | Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 6. | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|----|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----|--------------|-----------------------------|-------------------------------|

- |    |                               |                             |                               |
|----|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 7. | Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|----|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

8.	Sonstige Angaben/andere Krankheiten
----	-------------------------------------

- |    |  |                             |                               |              |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------|
| 9. | Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des §155GBV vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schweregrad? |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------|

- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 10. | Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|

- |     |                              |                             |                               |                                      |
|-----|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 11. | Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Letzte Röntgen/MRT/CT – Untersuchung |
|     |                              |                             |                               | Datum /Körperteil                    |

- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 12. | Sind Sie interessiert an einem Prophylaxeprogramm (z.B professionelle Zahnreinigung)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 13. | Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? |  |
|-----|---|--|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.