



Anmeldebogen mit Anamnese

Karteikartenummer: _____

Dr. Blum & Partner

Bitte lächeln

02603 936 25 90

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heim: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____

Versichertendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzlicher Betreuer **Vorsorgevollmacht**

Name: _____

Beziehung zum Patient: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Hausarzt: _____ Neurologe: _____ HausZA: _____

Wer hat uns empfohlen: _____

Zuzahlungsbefreit Pflegegrad: _____ Transportkostenübernahme

	Nein	Ja	Wenn ja, bitte weitere Informationen
Sind Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?			Welche:
Leiden Sie unter Allergien bzw. Unverträglichkeiten? Haben Sie einen Allergiepass?			
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?			
Haben Sie erhöhte Blutungsneigung?			
Nehmen Sie "Blutverdünner"?			
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (hoher/niedriger Blutdruck, Herzinfarkt)			
Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe, eine Bypass-OP? Endokarditis-Prophylaxe erforderlich?			
Haben Sie eine Lebererkrankung/Hepatitis B oder C?			
Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. HIV, MRSA)			
Haben Sie Diabetes/Zuckerkrankheit?			
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?			
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?			
Leiden Sie unter Migräne?			
Haben Sie grünen Star?			

	Nein	Ja	Wenn ja, bitte weitere Informationen
Haben Sie Rheuma/Arthritis?			
Haben Sie eine Prostataerkrankung?			
Haben Sie Asthma/Lungenerkrankungen?			
Haben Sie Tuberkulose?			
Haben Epilepsie?			
Haben Sie Ohnmachtsanfälle?			
Leiden Sie unter Osteoporose? Nehmen/nahmen Sie dagegen Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate)?			
Haben Sie ein künstliches Gelenk?			Wo: Seit wann:
Sonstiges (z.B. Hör- oder Sehschwäche, Gehbehinderung, psychische Erkrankung, geistige Behinderung etc.)			
Wurde bei Ihnen schon mal eine Strahlentherapie durchgeführt?			Wann: Körperregion:
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Chemotherapie durchgeführt?			Warum:

Rauchen Sie?	Nein	Weniger als 5 am Tag	Mehr als 5 am Tag	Mehr als 20 am Tag
Trinken Sie Alkohol?	Nie	selten	wöchentlich	täglich
Nehmen Sie Drogen/starke Schmerzmedikamente?	Nein	Wenn ja, welche:		
Nahmen Sie früher Drogen?	Nein	Wenn ja, welche:		

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Hinweis: Durch jede örtliche Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit eingeschränkt werden. Daher sollten Sie nach Eingriffen unter örtlicher Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen!

Sollte sich während der Untersuchung die Notwendigkeit ergeben, oder sollte meinerseits der Wunsch bestehen, dass eine Beratung: - über Implantate, und / oder Implantat getragenen Zahnersatz, und / oder - andere Leistungen außerhalb der Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll, so trage ich die Kosten für die Beratung, evtl. Röntgenaufnahmen, spezielle Untersuchungen und die Erstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes in Höhe von 50,00 - 100,00 Euro privat.

Bad Ems, den _____

Datum

Name, Vorname in Blockbuchstaben

Unterschrift

Bei gesetzlichen Vertretern bitte Beziehung zum Patienten: _____