



Patientenanmeldung:

Name, Vorname des Patienten: _____; geb. am: _____

Anschrift und Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Falls ja, bitte ggf. ergänzende Angaben
---	----	------	---

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Allergie (welche) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Diabetes (Typ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Glaukom (erh. Augendruck) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 7. Erk. blutbildender Organe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8. Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.1. Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.2. Koronare Herzkrankheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.3. Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.4. Herzrhythmusstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.5. Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.6. Herzklappenfehler/ -ersatz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.7. Hypertonie (erhöhter Blutdr.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.8. Hypotonie (niedr. Blutdr.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 8.9. Mangeldurchbltg. Des ZNS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 9. Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 9.1. Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 9.2. AIDS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 10. Lebererkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 11. Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 12. Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 12.1. Chron. Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 13. Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 14. Rheuma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 15. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 16. Depression | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 17. Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 18. Frühere Operationen (allge.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 19. Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 20. Best. eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 21. Nehmen Sie Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 22. Rauchen Sie? Wieviel am Tag? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 23. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 24. Konsumieren Sie sonstige Arten von Betäubungsmitteln? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 25. Name und Anschrift des Hausarztes: | | | _____ |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Terminvergabe wird nach einem organisatorisch gut geführten Bestellsystem vorgenommen. Wir bitten Sie daher, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, diesen 24 Stunden vorher abzusagen, um diesen evtl. noch an einen anderen Patienten vergeben zu können! Sollte der Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, kann Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden.

Datum, Unterschrift: _____