



ANAMNESE PATIENTENANMELDUNG

Herzlich Willkommen in unserer Fachpraxis!

Bei ihrem Erstbesuch in unserer Fachpraxis ist die Erfassung Ihrer Personalien und ihres Gesundheitszustandes für uns sehr wichtig. Diese Angaben helfen uns eine zielgerichtete und risikofreie Behandlung durchführen zu können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

(Bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Versicherte Person:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße/Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon:

Handynr. (wichtig für Terminerinnerungen) _____ Telefon _____ E-Mail _____

Beruf:

_____ Arbeitgeber: _____

Versicherung gesetzlich:

_____ Krankenkasse _____ freiwillig bei _____ Familienvers. /Rentner _____
Private Zusatzvers. bei _____

Versicherung privat:

Gesellschaft _____

Basistarif Standardtarif Beihilfe

Wurden Sie überwiesen? nein ja durch _____

Möchten Sie in Zukunft in unser Recall aufgenommen, und an ihre Termine per **E-mail** erinnert werden? nein
ja

Sind Sie mit der Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden? nein ja

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Bei wem? Wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____
Name / Anschrift _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja
Welche? _____

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? nein ja
Welche? z.B. Aspirin, Xarelto, Marcumar _____

Nehmen Sie Knochenstoffwechsel beeinflussende Medikamente (Bisphosphonate) ein? nein ja

