
Anmeldung

Sehr geehrte/r Patient/in,

bitte füllen Sie den folgenden Anmeldebogen aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Erlangen, den.....

Frau/Herr, geb.

Straße und Haus-Nr.

Postleitzahl....., Ort

Telefon privat/....., Telefon geschäftlich/.....

Handy/.....

Name der Krankenversicherung

Mitglied Familienmitglied Rentner freiw. Versichert

Name d. Versicherten, geb.

Bei privat Versicherten Rechnung an:

.....

Arztbesuch auf Grund eines Arbeitsunfalls?

Nein Ja

Name d. Berufsgenossenschaft

Unfalltag: Unfallbetrieb:

Bitte legen Sie den Bericht / die Überweisung des D-Arztes vor

Hausarzt, Ort

Überweisender Arzt, Ort

Bitte wenden!

ANGABEN ZUR KRANKENVORGESCHICHTE

1. Grund Ihres Arztbesuches, jetzige Beschwerden:

.....
.....
.....

2. Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| wenn Ja, insulinpflichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn Ja, wann? _____ | | |
| d) Lähmungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Epilepsie (Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Herzinfarkt/Bypass | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Bestehen zurzeit andere Krankheiten, wenn ja, welche?

.....
.....

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

5. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Ja Nein

wenn ja, welche?

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente Ja Nein

wenn ja, welche?

.....
.....

7. Krankenhausaufenthalte (in den letzten 5 Jahren):

.....

8. Wurden Sie schon operiert? Wenn ja, wann und woran?

.....

.....

9. Sind Sie Raucher? Ja Nein

Anamnese

Sehr geehrte/r Patient/in,

bitte füllen Sie die folgende Anamnese aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Erlangen, den.....

Frau/Herr, geb.

ANGABEN SOZIAL / BIOGRAPHISCH / MITBETREUUNG

1. Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB)?

Nein Ja, Prozentangabe: % Merkzeichen:

2. Besteht Pflegegrad? Nein Ja, Grad

3. Ich lebe: alleine mit Ehepartner Lebensgefährte

4. Berufstätigkeit: Nein Ja, als

5. Mitbetreuung über: Hausarzt
 Lebenspartner
 Kinder
 Familienangehörige
 Besuchsdienst
 Pflegedienst
 Versorgung im Pflegeheim