

Anmeldeformular

für Privatpatienten / Selbstzahler

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung oder die Operation haben. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail-Adresse

Arbeitgeber / Beruf

Telefonnummer (Arbeit)

Krankenkasse / -versicherung

Versicherungsnummer (falls bekannt)

Worüber möchten Sie beraten werden?

Möchten Sie noch über andere Themen beraten werden?

ja

nein

Wenn ja, über welche?

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche

ja

nein

Unregelmäßiger Herzschlag/Herzrhythmusstörungen

ja

nein

Herzschrittmacher

ja

nein

Angina pectoris

ja

nein

Endokarditis

ja

nein

Zustand nach Herzinfarkt

ja

nein

Herzklappenfehler/-ersatz

ja

nein

Kreislaufferkrankungen:

ja

nein

Wenn ja, welcher Blutdruck (RR)

Atemwegenerkrankungen:

Asthma

ja

nein

Chronische Erkrankungen
der Atemwege, Husten

ja

nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zucker / Diabetes

ja

nein

Magen / Darm-Erkrankungen

ja

nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja

nein

Lebererkrankungen

ja

nein

Glaukom

ja

nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Parkinson

ja

nein

Alzheimer

ja

nein

Krampfanfälle/Epilepsie

ja

nein

Hauterkrankungen:

Herpes

ja

nein

Bluterkrankungen:	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Ausschläge/Ekzeme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Welche Allergien?	_____	
Überempfindlichkeiten:	Jod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Gelbsucht (Hepatitis A,B oder C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	HIV/Aids	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Andere	_____	
Tumorerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Tumorerkrankungen in der Familie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Erkrankungen des Immunsystems?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Sonstige Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, seit wann?	_____	
Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	_____	
Frühere Operationen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Probleme bei der Anästhesie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
Sonstige Anmerkungen:	_____		
Wie kamen Sie auf unsere Praxis/ Wer hat Sie empfohlen?	_____		

Ort, Datum

Unterschrift / Patient

Aus Gründen der Qualitätssicherung kann es zu einer Gesprächsaufzeichnung kommen.

ja, ich bin einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift / Patient