

# Anmeldeformular mit Anamnese

AOK

LKK

BKK

IKK

VdAK

Knappschaft

M

F

R

P

Kasten bitte nicht ausfüllen

Kasten bitte nicht ausfüllen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten .....

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Versicherten .....

Anschrift des Patienten .....

Telefon privat ..... mobil ..... geschäftlich .....

E-Mail .....

Versicherung

- gesetzliche Versicherung  
 freiwillig versichert  
 Zusatzversicherung  
 Kostenerstattung

- private Versicherung  
 Vollversicherung  
 beihilfeberechtigt  
 Basistarif

Hausarzt (Name, Anschrift) ..... Telefon .....

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung? (Name, Anschrift) ..... Telefon .....

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Herz                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Blutgerinnung           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Lunge (Asthma u. a.)    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Leber (Gelbsucht u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Niere                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Leiden Sie an

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker)                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Allergien  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) rheumatischen Erkrankungen                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Medikamentenunverträglichkeit                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Knochenerkrankungen                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

3. Spritzenreaktionen:

- Werden Sie ohnmächtig?  Ja  Nein  
 Wird Ihnen schlecht?  Ja  Nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

- weiß nicht  Ja ..... Monat  Nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen ein,  
zum Beispiel Bisphosphonate?

- Ja  Nein

6. Letzte Röntgenaufnahme, wann? .....

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?  Ja  Nein

7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen? .....

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden,  
die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen?

- Ja  Nein

Ort, Datum ..... Unterschrift .....