

Lieber Patient,
wir bitten Sie diese Patientenaufnahme vollständig und gut leserlich auszufüllen und dann wieder an der Anmeldung abzugeben!

Name: _____

Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Name der privaten Krankenversicherung: _____

1.) Ihre Telefonnummer: _____/_____

2.) Körpergröße: _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg

3.) Risikofaktoren: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes mellitus Ja Nein

Blutfette Ja Nein

Alkohol Wenn ja, was und wie viel am Tag?

Drogen Wenn ja, welche Substanz und wie viel?

4.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche und wie oft?

5.) Vorerkrankungen? (z.B. Schlaganfall, Infektionskrankheiten)

6.) Möchten Sie dass ihr Hausarzt und/oder Facharzte einen Befundbericht erhält?

Ja **1. Hausarzt / Name, Ort:** _____

Nein
2. Facharzt / Name, Ort: _____

7.) Privatliquidation

In unserer Praxis wird in der Regel der 2,3-fache Satz abgerechnet, bei schwierigen Untersuchungen gegebenenfalls der 3,5-fache Satz. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesen Modalitäten einverstanden.

Unterschrift / Datum: _____

Vielen Dank!