



## ANMELDEBOGEN

Vorname\*: \_\_\_\_\_ Name\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt\*: \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs\*: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie in der Vergangenheit schon einmal operiert worden? Ja  Nein

Wenn Ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an...

■ Bluthochdruck? Ja  Nein

■ einer Herz- Lungenerkrankung? Ja  Nein

■ einer Magen-Darm Erkrankung? Ja  Nein

■ der Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus? Ja  Nein

■ einer Fettstoffwechselstörung? Ja  Nein

■ Erkrankungen des Blutes oder der Blutgefäße? Ja  Nein

■ Erkrankungen der Nerven oder des Gehirns? Ja  Nein

■ Erkrankungen der Harnblase oder der Nieren? Ja  Nein

■ Andere nicht erwähnten Erkrankungen ? Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Personen die sich als hierzu berechtigt erklären, meine Befunde/Rezepte/Schriftstücke für mich abfragen/abholen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich Blutwerte per SMS an die von mir angegebene Handynummer erhalte. (Hierfür ist das Eintragen Ihrer Handynummer erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

\*Pflichtfelder