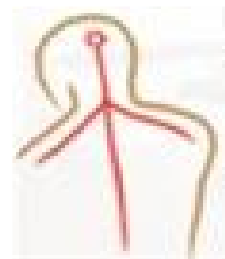


Aufnahmebogen



Telefon: 040 / 46 77 67 02
 Telefax: 040 / 46 77 67 03

Name, Vorname		Geb.-Datum	
PLZ Ort:		Strasse Nr.	
Telefonnummer tagsüber:		Handy: E-Mail:	
Hausarzt:		Im Notfall benachrichtigen: Tel.:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	privat versichert	Selbstzahler	gesetzlich
Beruf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	arbeitslos	krank geschrieben	berentet

Rentenantrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	beantragt
Schwerbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	beantragt

Leiden Sie an Allergien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieviel: Seit wann:
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was:
Körpergröße	<input type="text"/> cm	Körpergewicht	<input type="text"/> kg

Leiden Sie an einer der folgend genannten Krankheiten?			
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäurewerte(Gicht)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krampfadern	Bluthochdruck
Sonstige Vorerkrankungen:	Operative Eingriffe (Wirbelsäule):

Nehmen Sie Blutverdünner ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> _____
Nehmen Sie ansonsten regelmäßig Medikamente ein? (Medikamentenliste vorhanden?)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: _____ _____ _____
Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: _____ _____ _____
Wurden bereits Röntgenaufnahmen/MRT durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: _____ _____ _____

Schweigepflicht/Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde an weiterbehandelnde Ärzte, Krankenkassen, ärztliche Dienste, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer verschickt und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen. Die oben genannte Praxis darf mich unter den von mir angegebenen Kontaktdaten sowohl schriftlich als auch telefonisch kontaktieren. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden namentlich aufgerufen zu werden.

Diese Erklärung kann zu jederzeit ganz oder teilweise von mir für die Zukunft widerrufen werden.

Wir weisen darauf hin, dass bei Nichteinhaltung eines Termins ohne vorherige Absage (24std. vorher) ein Ausfallhonorar in Höhe von 50€ für einen Gesprächstermin und 80€ für einen Spritzetermin in Rechnung gestellt wird.

Für Privatpatienten: Leistungen die von meiner PKV nicht oder nur zum Teil erstattet werden, trage ich als Eigenleistung.

Ort, Datum

Unterschrift

