

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber. Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert:  ja /  nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja /  nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

ja /  nein

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen:

### Herzerkrankungen:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)
- Herzasthma (Angina pectoris)
- Herzschrittmacher
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Kreislaufkrankungen:

- zu hoher Blutdruck (Hypertonie)
- zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Zustand nach Herzinfarkt
- Zustand nach Apoplex
- Ich habe einen Herzschrittmacher
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten:

- Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A, B,C)
- Tuberkulose
- AIDS / HIV
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Nierenerkrankungen:

- chronische
- Dialyse

### Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Nervensystems:

- Epileptiforme Anfälle
- Krämpfe
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Allergien:

- Ekzeme
- Penicillin-(Medikamenten) Überempfindlichkeit
- Asthma / Heuschnupfen
- Ich besitze einen Allergiepaß!
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen:

- \_\_\_\_\_
- Ich nehme z.Zt Medikamente ein!
- (Bei Frauen) ich bin schwanger! \_\_\_\_\_SSW

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum: \_\_\_\_\_