

## Anmelde- und Anamnesebogen 2015

**Name, Vorname, geb. am :** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel./Handy: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Versicherter** ( falls abweichend von Patient ):

Name, Vorname, geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Sind Sie:**

Zuzahlungsbefreit     Zusatzversichert     Beihilfeberechtigt

**Wollen Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?**  Ja  Nein

**Haben Sie eine abweichende Rechnungsadresse?**  Ja  Nein

---

**Wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:**

(Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

**Leiden Sie an:**

Diabetes     Herz-, Kreislaufbeschwerden     Blutungsneigung

Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis, TBC etc.)

Allergien, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Wichtige Medikamente und Besonderheiten:**

ASS, Marcumar     Endokarditis- oder Antibiotikaphylaxe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben,

Lüdenscheid, den \_\_\_\_\_

Unterschrift