

## Anmeldebogen

<b>Stamm</b> <b>daten</b>	<b>Personalien:</b>	
	Familienname: .....	Vornamen: .....
	geboren am: .....	.....
	Straße: .....	PLZ/Ort: .....
	Telefon privat: ..... /.....	geschäftlich ..... /.....
Email: .....	Krankenkasse: .....	

<b>A-soz.</b>	<b>Freiwillige Angaben:</b>	
	Familienstand: .....	Beruf z.Zt.: .....
	Anzahl Kinder: .....	Geburtsjahre: .....

<b>RA</b>	Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche: 1:..... 2:..... 3:.....
	Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann (Jahresangabe) .....

<b>RA</b>	Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?                      Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>
	Wenn ja: wie viel?                      ...../Tag                      Seit wann .....                      Bis wann: .....

<b>FA</b>	Welche <b>Erkrankungen</b> sind in <b>Ihrer Familie</b> bekannt?			
	<b>Erkrankung</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>Welche?</b>
	Herz, oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

<b>A</b>	<b>Medizinische Fragen:</b>
	Welche Beschwerden haben Sie heute? .....

M & DDI	Aktuelle Medikation: Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um diese Angaben				
	Medikament u. Dosierung (mg-Angabe)	morgens	mittags	abends	nachts
	1: .....	.....	.....	.....	.....
	2: .....	.....	.....	.....	.....
	3: .....	.....	.....	.....	.....
	4: .....	.....	.....	.....	.....
	5: .....	.....	.....	.....	.....
	6: .....	.....	.....	.....	.....
	7: .....	.....	.....	.....	.....
	8: .....	.....	.....	.....	.....
	9: .....	.....	.....	.....	.....
10: .....	.....	.....	.....	.....	

DD	Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?			
	<b>Erkrankung</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>Welche?</b>
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Herz- oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Bluterkrankungen/Blutgerinnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Verstopfung/Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter