



Ihr Anmeldeformular

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus und geben Sie diesen am Empfang ab!

Zu Ihrer Person...

Name, Vorname

Überweisender Arzt

Straße, Nr.

Name der Krankenkasse

PLZ, Wohnort

ich bin privat versichert

...und Beihilfe berechtigt

Geb.-Datum

Bei Minderjährigen, Daten des Erziehungsberechtigten:

Tel.

Name, Vorname

Email

Geb.-Datum

Beruf

Adresse (falls abweichend)

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Ihre Gesundheit...

Herz-/ Kreislauferkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Herzschrittmacher
- Herzklappe

Sonstiges

- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Epilepsie/ Krämpfe/ Anfälle
- Schwangerschaft
- Allergien:

Infektionskrankheiten

- HIV
- Hepatitis: A / B / C

Sonstige Erkrankungen / Medikamentenunverträglichkeit:

Ihre Medikation...

Folgende Medikamente nehme ich zurzeit ein (bitte Name des Medikaments eintragen):

Blutverdünner:



Letzter INR-/ Quickwert:

Bisphosphonate (bei schweren Knochenerkrankungen):

weitere Medikamente:

Vielen Dank...

Wir verweisen auf die Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO). Eine Übersicht liegt am Empfang für Sie bereit.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Über Veränderungen meiner Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes werde ich Sie umgehend informieren.

Für Privatpatienten: Ich komme für die Behandlungskosten auf.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)