

/Patientenanmeldebogen und Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel. privat: _____
Tel. Büro: _____
Mobilfunk: _____
Beruf: _____
E-Mail: _____

Name der Krankenkasse (**gesetzlich**): _____
Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein
Name der Versicherung (**privat**): _____
Basistarif? ☐ ja ☐ nein
Hausarzt / Ort: _____
Überweiser: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Freunde / Bekannte ☐ Überweiser

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- / Kreislauf und Gefäße

hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein
maximaler Wert? _____
Herzklappenfehler ☐ ja ☐ nein
Herzklappenersatz ☐ ja ☐ nein
Herzklappenentzündung ☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein
Rhythmusstörungen ☐ ja ☐ nein
Herzschwäche ☐ ja ☐ nein
Angina pectoris ☐ ja ☐ nein
Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein
Herzoperation (Bypass) ☐ ja ☐ nein
Schlaganfall ☐ ja ☐ nein
Thrombosen ☐ ja ☐ nein

Atemwege / Lunge

Asthma ☐ ja ☐ nein
chronische Bronchitis ☐ ja ☐ nein
Lungenblähung / COPD ☐ ja ☐ nein

Stoffwechsel

Diabetes mellitus Typ I ☐ ja ☐ nein
Diabetes mellitus Typ II ☐ ja ☐ nein

Nieren / Magen / Darm

Refluxkrankheit ☐ ja ☐ nein
Magengeschwür/Blutung ☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein
Dialyse ☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung ☐ ja ☐ nein

Skelettsystem

Beschwerden / Operationen
d. Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein

Nerven / Gemüt

Krampfanfälle (Epilepsie) ☐ ja ☐ nein
Depressionen ☐ ja ☐ nein
Angstzustände ☐ ja ☐ nein

Augen

Erhöhter Augendruck ☐ ja ☐ nein
Grüner Star ☐ ja ☐ nein

Blut

Gerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein
Nachbluten nach OP ☐ ja ☐ nein

Allergie

Medikamente ☐ ja ☐ nein
Jod ☐ ja ☐ nein
Pflaster ☐ ja ☐ nein
Latex ☐ ja ☐ nein
Lokalanästhetika ☐ ja ☐ nein
Sonstige ☐ ja ☐ nein

Infektionen/Immunschwäche

Organtransplantation ☐ ja ☐ nein
Bestrahlung ☐ ja ☐ nein
Chemotherapie ☐ ja ☐ nein
HIV-Infektion / AIDS ☐ ja ☐ nein
Hepatitis (A/B/C...) ☐ ja ☐ nein
MRSA/MRGN/ESBL ☐ ja ☐ nein
andere Infektionen ☐ ja ☐ nein

Raucher

Anzahl täglich _____ ☐ ja ☐ nein

Schnarchen

Tagesmüdigkeit ☐ ja ☐ nein
CPAP-Gerät ☐ ja ☐ nein

Sonstige Erkrankungen ☐ nein ☐ ja: Welche:

Werden /wurden Sie mit Bisphosphonaten/ Denosumab (für Knochen) behandelt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, mit welcher Erkrankung? _____

Falls ja, mit welchem Präparat? ☐ Tabletten ☐ Spritze ☐ Infusion _____

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft o. in den letzten Tagen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? ☐ ASS ☐ Marcumar ☐ Clopidogrel ☐ Xarelto ☐ Pradaxa ☐ Eliquis ☐ Lixiana _____

Nehmen Sie regelmäßig bzw. momentan Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? ☐ Blutdruck- ☐ Herzmedikamente ☐ Schmerzmittel ☐ Antibabypille ☐ Psychopharmaka ☐ Antidiabetika ☐ Cortison _____

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein (Woche? _____)

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie unseren Datenschutzbestimmungen (als Auslage an der Anmeldung) zu.

Ich verpflichte mich, **alle gesundheitlichen Veränderungen und Veränderungen der Medikation**, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, **mitzuteilen**.

Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. spätestens **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abzusagen. **Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte OP-Termine in Rechnung gestellt werden können.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Leverkusen, den _____

Datum

Unterschrift