

# /Patientenanmeldebogen und Anamnese

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

Name der Krankenkasse (**gesetzlich**): \_\_\_\_\_  
 ja  nein  
 Haben Sie eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_  
 ja  nein  
 Name der Versicherung (**privat**): \_\_\_\_\_  
 ja  nein  
 Basistarif? \_\_\_\_\_  
 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 O nein O ja: Welche:

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

Falls ja, mit welcher Erkrankung?

Tabletten  Spritze  Infusion

Falls ja, mit welchem Präparat?

ja  nein

### Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft o. in den letzten Tagen?

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.

Des Weiteren 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 \_\_\_\_\_