

# Patientenanmeldebogen

## Praxis Besters & Partner



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Name des Patienten Vorname Geburtsdatum

Name des Mitgliedes Vorname Geburtsdatum

Adresse des Patienten / Strasse Nr. PLZ/Ort Telefon

Adresse des Mitgliedes / Strasse Nr. PLZ/Ort Telefon

Beruf des Mitgliedes / Strasse Nr. Arbeitgeber Telefon

Krankenkasse / Versicherung

Wer ist Ihr Hausarzt (Name / Adresse) ?

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Haben Sie Beschwerden oder Zahnschmerzen?  ja  nein

Haben Sie nachgewiesene Allergien (ggf. gegen.....)  ja  nein

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?  ja  nein

Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal eine Gelbsucht (Hepatitis)?  ja  nein

Leiden Sie unter Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

Bestehen bei Ihnen ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden oder haben Sie niedrigen Blutdruck oder Bluthochdruck?  ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. TBC, HBV, HIV)?  ja  nein

Leiden Sie unter Asthma (schwere Atmung)?  ja  nein

Möchten Sie regelmäßig erinnert werden, wenn die nächste Kontrolluntersuchung ansteht?  ja  nein

Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Sind Sie empfohlen worden? (ggf. den Namen.....)  ja  nein

Besteht im Moment eine Schwangerschaft? (ggf. Monat.....)  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (ggf. welche:.....)  ja  nein

Sind Sie Zuzahlungsbefreit? (Haben Sie einen Befreiungsausweis?)  ja  nein

**Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben**

Bremen, den .....  
Datum Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigten)