

ANMELDUNG					
-----------	--	--	--	--	--

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	Knappschaft
M	F	R	P		

(Kasten bitte nicht ausfüllen)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Versicherten:

Anschrift des Patienten:

Tel.privat: _____ Tel. gesch: _____

Krankenkasse Versicherungsnummer des Patienten: _____

freiwillig versichert pflichtversichert

Hausarzt: _____ Tel: _____

Sind Sie bei einem **Facharzt** in Behandlung?

(Name, Anschrift): _____ Tel: _____

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

Welche Medikamente nehmen Sie?

- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| a) Herz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| b) Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| c) Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| d) Lunge (Asthma u.a.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| e) Leber (Gelbsucht u.a.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| f) Niere | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |

2. Leiden Sie an

- | | | |
|---|---|-------|
| a) Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| b) Allergien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| c) Rheumatischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| d) Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| e) Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |

3. Zeigen Sie Spritzenreaktionen

- | | | |
|--------------------------|---|-------|
| - werden Sie ohnmächtig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| - wird Ihnen schlecht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |

4. Besteht eine Schwangerschaft?

ja _____ Monat Nein

5. Empfohlen/überwiesen durch: _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen? ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift)