

Anmeldebogen

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefonnr.: _____ Geburtsdatum: _____

Handynr.: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____

Hauptversicherter / Zahlungspflichtiger sofern abweichend: _____

Adresse des Hauptversicherten, falls sich diese von der eigenen Adresse unterscheidet:

Krankenversicherung: gesetzlich privat Selbstzahler

Zusatzversicherung für: ambulante Behandlung stationäre Behandlung

1-Bett 2-Bett

Name der Versicherung: _____

Name der Zusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Freunde/Familie/Bekannte Flyer

Hausarzt hat überwiesen an uns sonstiges

Dürfen wir telefonisch oder schriftlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

ja nein

Dürfen wir Ihre Unterlagen und Termine unverschlüsselt per E-Mail an Sie schicken?

ja nein

Dürfen wir Ihre Unterlagen an den Hausarzt und bei Operationen an das kooperierende Krankenhaus oder an den Anästhesisten schicken?

ja nein

Dürfen wir bestimmten Personen Auskunft über Ihre Krankengeschichte geben (z.B. Familienangehörigen, Lebenspartner)?

ja nein

Wenn ja, bitte Namen, Vornamen und Personalausweisnummer hier vermerken (nur dann dürfen wir dieser Person Auskunft geben):

Medizinische Vorgeschichte

Größe: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Bestehen **Allergien gegen Medikamente**? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Leiden Sie an **ansteckenden Krankheiten** (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc) Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine **Blutgerinnungsstörung** (z.B. Hämophilie)? Ja Nein

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein?
(Aspirin(ASS) ... / Marcumar ... / Plavix (Clopidogrel)... / andere...) Ja Nein

Leiden Sie an **Diabetes mellitus**? Ja Nein

Leiden Sie an einer **Herz-/Kreislaufkrankung** oder **Bluthochdruck**? Ja Nein

Besteht eine **eingeschränkte Nierenfunktion**? Ja Nein

Leiden oder litten Sie an einer **Krebserkrankung**? Ja Nein

Wenn Ja, welcher Art? _____

Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein

Sind bei Ihnen bereits **Operationen am Bewegungsapparat**
durchgeführt worden? Wenn ja, welche und wann? Ja Nein

Sonstige Grunderkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle Befunde, die im Rahmen meiner
Behandlung im OFZ erhoben werden, an meinen weiterbehandelnden Arzt
im OFZ weitergegeben werden dürfen.

Datum

Unterschrift