

## ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

für Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. mobil/Festnetz/dienstl.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen, zutreffendes unterstreichen und ggf. Freitext ausfüllen!**

- nein  ja Haben Sie Gerinnungsstörungen? (ASS, Eliquis, Lixiana, Xarelto, Marcumar, Faktormangel)
- nein  ja Nehmen Sie Bisphosphonate (bei Osteoporose und Tumorerkrankungen)?
- nein  ja Nehmen Sie ein trizyklisches Antidepressivum (Medikament bei Depressionen)? \_\_\_\_\_
- nein  ja Besteht bei Ihnen eine Allergie, z. B. auf Medikamente? \_\_\_\_\_
- nein  ja Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Endoprothese erhalten (künstliches Gelenk)?
- nein  ja Haben Sie eine Herzschwäche (Insuffizienz), Schrittmacher oder Klappenersatz? \_\_\_\_\_
- nein  ja Probleme mit Ihrem Blutdruck  hoch  niedrig
- nein  ja Haben Sie Diabetes? Aktueller HbA1c \_\_\_\_\_
- nein  ja Haben Sie Asthma oder COPD?
- nein  ja Haben Sie eine Magen-/Darm-/Leber oder Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_
- nein  ja Sind Sie HIV positiv, mit Hepatitis B oder C, MRSA oder Tuberkulose infiziert?
- nein  ja Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
- nein  ja Hatten oder haben Sie eine schwerwiegende Therapie (Chemotherapie, Bestrahlung...)? \_\_\_\_\_
- nein  ja Haben Sie grünen Star?
- nein  ja Nehmen Sie noch andere Medikamente? \_\_\_\_\_
- nein  ja Haben Sie einen Pflegegrad?
- nein  ja Sind Sie schwanger, wenn ja in welchem Monat? \_\_\_\_ Monat

Besteht eine Erkrankung, die oben nicht aufgeführt wurde? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?  6 Monate  12 Monate

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

**Die Absage eines vereinbarten Termins im Falle einer Verhinderung muss spätestens 24 Stunden vor dem Termin erfolgen, da die vereinbarte Zeit zur Vermeidung von Wartezeiten exklusiv für den einzelnen Patienten vorgehalten wird. Gemäß §611, 615 BGB wird eine Vergütung auf der Grundlage der einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt, sofern der Termin nicht rechtzeitig abgesagt wurde, aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen wurde bzw. schuldhaft versäumt worden ist. Das Recht des Patienten zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund gemäß §626 BGB bleibt hiervon unberührt.**

Zu Ihrer Sicherheit: Bitte beachten Sie, dass unsere Behandlungsstühle eine maximale Zuladung von 170 kg zulassen. Sollten Sie schwerer sein, können wir Sie leider nicht auf unseren Stühlen behandeln.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.

Recklinghausen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin