



Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte fülle Sie diesen Anmeldebogen aus.

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Private Telefonnummer: _____

Handynummer, für SMS: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Größe: ___ cm Gewicht: ___ kg Rauchen Sie? nein ja ___ Stück pro Tag

Sind Sie bei einem*einer anderen Arzt*Ärztin im Hausarztvertrag? nein ja

Wer ist/war Ihr behandelnde*r Arzt*Ärztin? _____

Wurden Sie operiert? nein ja _____
(operiertes Organ/Klinik/Datum)

Haben Sie Allergien? nein ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie chronische Erkrankungen/ Infektionen? nein ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche? _____



Wann und welche war Ihre letzte Impfung? _____

Legen Sie uns beim nächsten Besuch bitte Ihren Impfpass vor.

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? nein ja _____ %

Haben Sie von Ihrer Krankenkasse einen Pflegegrad ausgestellt bekommen?

nein ja 1 2 3

Haben Sie einen Pflegedienst oder eine*n Betreuer*in? nein ja, welche?

(Name und Telefonnummer)

Möchten Sie bei wichtigen gesundheitlichen Informationen, Vorsorgen oder
Impfungen von informiert werden? nein ja tel. Mail SMS

Wen dürfen wir im Notfall kontaktieren?

Diese Personen entbinden Sie uns gegenüber von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung können Sie jederzeit widerrufen:

(Vor- und Nachname und Telefonnummer)

(Vor- und Nachname und Telefonnummer)

(Vor- und Nachname und Telefonnummer)

Bestätigen Sie Ihre Angaben:

(Datum und Unterschrift)