

Anmeldeformular



MKG-Praxis

in der Altstadtklinik

Dr. Dr. Dirk Jansen

Dr. Nina De Luca-Jansen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Zur Erleichterung unserer Arbeit und zur Verkürzung von Wartezeiten bitten wir Sie, den Fragebogen sorgfältig zu lesen und gewissenhaft zu beantworten. Sollten bei der Beantwortung einzelner Punkte Unklarheiten bestehen, sind wir Ihnen gerne behilflich. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Hausarzt

Anschrift

Zahnarzt

Anschrift

Versicherung:

gesetzlich privat beihilfeberechtigt Basistarif Zusatzversicherung Selbstzahler

Krankenkasse:

Sollten Patient und Versicherungsnehmer nicht übereinstimmen, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung Arzt/Zahnarzt Empfehlung Internet Sonstiges: _____

Dürfen wir Ihre Unterlagen und Röntgenbilder an den weiterbehandelnden Arzt/Zahnarzt oder Ihre Versicherung übersenden? ja nein

Dürfen wir Sie bezüglich Ihrer Termine oder Ihrer Behandlung telefonisch, per E-Mail oder postalisch kontaktieren? ja nein

Bitte wenden!

Allgemeine Anamnese

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen oder trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Herz/Kreislauf

- Bluthochdruck Rhythmusstörung Herzschwäche Herzinfarkt
 Herzklappenersatz Stent/Bypässe Sonstige: _____

Infektionskrankheiten

- Hepatitis B/C AIDS/HIV Sonstige: _____

Allergien/Unverträglichkeiten

- Latex Penicillin Reaktion auf örtliche Betäubungsspritze
 Medikamente: _____ Sonstige: _____

Knochenerkrankungen

- Osteoporose Knochenmetastasen Sonstige: _____
 Medikamente für den Knochenstoffwechsel (Bisphosphonate): _____

Sonstige Erkrankungen

- Diabetes Glaukom/Grüner Star Krampfanfälle Schlaganfall
 Lebererkrankung _____
 Schilddrüsenerkrankung _____
 Magen-Darmerkrankung _____
 Lungenerkrankung _____
 Nierenerkrankung _____
 Blutgerinnungsstörung _____
 Tumorerkrankung _____
 Chemotherapie Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich

Medikamente

- Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix, Eliquis, Lixiana) _____
 Sonstige: _____

- Sind Sie schwanger? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
Konsumieren Sie übermäßig Alkohol? ja nein
Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um Ihre rechtzeitige Benachrichtigung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung der personenbezogenen Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in