

## Anmeldung / Patientenerhebungsbogen

Sehr geehrter Patient,  
unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir Sie um Ihr Verständnis.  
Im Falle eines Notfalls (z. B. Schmerzen) erhalten Sie einen Notfalltermin. Mit Wartezeiten wären dann zu rechnen.

### Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Mitglied/Versicherter:

Falls abweichend

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Anschrift:

Strasse \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_ Telefon geschäftl. \_\_\_\_\_ Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

### eMail-Adresse

gesetzlich versichert       privat versichert       Zusatzversicherung       Beihilfeberechtigt

### Name der Krankenkasse / Versicherung:

### Hausarzt:

Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

### 1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz, hoher/niedriger Blutdruck):

### 2. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen):

- Asthma (schwere Atemnot)       Heuschnupfen       Innere Krankheiten (z. B. Diabetes) \_\_\_\_\_  
 Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tbc, Aids usw.) \_\_\_\_\_  
 oder andere Krankheiten - wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### 3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen und nehmen deswegen blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS) \_\_\_\_\_

### 4. Haben Sie einen Herzschrittmacher - wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

### 5. Nehmen Sie z. Zt. / regelmäßige Medikamente – wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### 6. Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten oder allergische Reaktionen \_\_\_\_\_

### 7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung \_\_\_\_\_

### 8. Besteht eine Schwangerschaft      nein      ja, Woche: \_\_\_\_\_

### Wichtig:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) Transparenz- und Informationspflichten nach Artikel 13 und Artikel 14 Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet. Diese Informationen sind in der Praxis für Sie zugänglich. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie davon.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Als sozialversicherter Patient bin ich zur Vorlage der Versichertenkarte verpflichtet, spätestens aber 10 Tage nach Behandlungsbeginn. (Die Rechnungslegung erfolgt ansonsten privat.)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe

Bad Bederkesa, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten