

## Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus, Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

|              |        |         |     |
|--------------|--------|---------|-----|
| Name         |        | Vorname |     |
| Geburtsdatum | E-Mail |         |     |
| PLZ/Wohnort  |        |         |     |
| Straße/Nr.   |        |         |     |
| Beruf:       |        |         |     |
| Telefon (m)  | (p)    | (d)     | Fax |

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| Name der Krankenkasse | Adresse der Krankenkasse     |
| Versicherte*r         | Adresse der/des Versicherten |

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Behandelnde/r Ärztin*Arzt: |          |
| PLZ/Wohnort:               |          |
| Straße/Nr.:                | Telefon: |

|   |   |
|---|---|
| Befreit für dieses Kalenderjahr:                          | Waren Sie schon bei uns in Behandlung:                    |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|  |
|--|
| Bemerkungen/BG/Anschrift Versicherter: |
| _____                                  |

|   |
|---|
| Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Entlassungsbericht an die/den o.g. Ärztin*Arzt versendet wird <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|

|        |               |
|--------|---------------|
| Datum: | Unterschrift: |
| _____  | _____         |

|   |
|---|
| <b>Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen:</b>  |
| Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Größe: _____    Gewicht: _____   |
| <u>Andere Erkrankungen:</u>   |
| <input type="checkbox"/> Herz, <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck, <input type="checkbox"/> Gefäße (Thrombosen), <input type="checkbox"/> Atemwege, <input type="checkbox"/> Diabetes, |
| <input type="checkbox"/> andere Organe, <input type="checkbox"/> Allergien, <input type="checkbox"/> sonstiges _____  |
| <u>Regelmäßige Medikamenteneinnahmen:</u> <input type="checkbox"/> Schmerzmittel, <input type="checkbox"/> Entzündungshemmer,   |
| <input type="checkbox"/> gerinnungshemmende Mittel, <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |

**Bitte weiter auf der Rückseite!**

**Knochenerkrankungen:**

Brüche,  Schleudertrauma,  Osteoporose,  Operationen,  Metallimplantate?

ggf. welche: \_\_\_\_\_

**Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?**

\_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie diese Beschwerden?** \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

**Ich bin von dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin umfänglich aufgeklärt worden:**

ja  nein

- **Wenn ja:** ich willige in die Behandlung ein:  ja  nein

- **Wenn nein:** siehe Behandlungsdokumentation

**Welche Maßnahmen hat die/der Ärztin\*Arzt diesbezüglich bisher durchgeführt?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht ausgestellt?**  ja  nein

**Wenn ja, Name des/der Bevollmächtigten:**

**Ist für Sie eine Betreuung eingerichtet?**  ja  nein

**Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss und dass nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.**

Auch ist mir bekannt, dass möglicherweise nicht die volle Liquidationshöhe erstattungspflichtig ist. Sofern ich gesetzlich krankenversichert bin, bin ich damit einverstanden, dass die Behandlung nur durchgeführt werden kann, soweit der gesetzlich geregelte Eigenanteil **vor** der ersten Behandlung bezahlt ist.

Die Patienteninformation und sofern ich privat versichert bin die aktuelle Privat-Preisliste, habe ich bei der Anmeldung erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert!

Mein Terminplan bzw. -änderungen können mir per Mail zugesandt werden.

**Zu Ihrem ersten Termin melden Sie sich bitte 20 Minuten früher an der Rezeption.**

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

Datum:

Unterschrift Patient\*in, bei Minderjährigen die gesetzliche Vertretung.