

Anmelde-, Gesundheitsfragebogen

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Tel. Geschäftlich: _____
Mobile Telefonnummer: _____
E-Mailadresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherungsnehmer?
Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsempfänger (sofern abweichend)?
Name: _____
Adresse: _____

Versicherungsart: _____ privat / gesetzlich
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentl. Dienstes? ja / nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie Allergien? ja / nein

Welche?.....

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja / nein

Haben Sie ein Herzschrittmacher? ja / nein

Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? ja / nein

Haben Sie eine Immunschwäche? ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben Sie Hepatitis A/B/C? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein

Leiden Sie unter Migräne? ja / nein

Haben Sie grünen Star? ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

Haben Sie Osteoporose? ja / nein

Haben Sie Anfallsleiden, Epilepsie? ja / nein

Sind Sie schwanger? ja / nein Woche:.....

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Welche:.....

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Bitte beachten Sie: Durch unser Zeitmanagement sind wir eine reine "Terminpraxis". Daher ist es erforderlich, dass Termine mindestens 2 Werktage vorher abgesagt werden müssen. Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir eine Ausfallrechnung erstellen müssen, sofern ein Termin nicht eingehalten wird.

10. Januar 2023

Unterschrift