

Anmeldung für Privatpatienten / Selbstzahler

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular möglichst in Druckbuchstaben aus und senden uns dieses per Telefax zurück: 0761 / 290 98 41. Wir benötigen diese Informationen, um Ihnen Wartezeit in unserer Praxis weitgehend zu ersparen. Sie können das Formular auch online unter www.praxis-berger.com ausfüllen.

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung oder die Operation haben. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Angaben.

Name			Vorname			Geburtsdatum		
Straße / Hausnummer			Postleitzahl			Wohnort		
Arbeitgeber / Beruf								
Telefonnummer privat			Telefon Arbeit			e-Mail-Adresse		
Krankenkasse			Versicherungsnummer (wenn bekannt)					
Worüber möchten Sie beraten werden?								
Möchten Sie noch über andere Themen beraten werden?								

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt stehen Sie in ärztlicher Behandlung? _____

Herzerkrankung	Herzschwäche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Unregelmäßiger Herzschlag / Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Endokarditis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kreislaufferkrankung	Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck RR _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Atemwegserkrankung | Asthma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | | | |
| Stoffwechselerkrankung | Zucker / Diabetes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Magen/Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Lebererkrankung..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Glaukom | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | | | |
| Erkrankungen des Nervensystems | Parkinson..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Alzheimer | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Krampfanfälle / Epilepsie..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hauterkrankungen | Herpes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | | | |
| Bluterkrankungen | Einnahme gerinnungshemmender Medikamente..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Blutarmut (Anämie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien | Ausschläge/Ekzeme | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | | | |
| Überempfindlichkeiten | Jod | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Antibiotika (z.B. Penicillin) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Welche Allergien?

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Infektionskrankheiten | Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)..... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| | HIV/Aids | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Andere?

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| Tumorerkrankungen | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|

Welche?

- | | | | |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| Tumorerkrankungen in der Familie | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|

Welche?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| Erkrankungen des Immunsystems? | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|---------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|

Welche?

Sonstige Erkrankungen

Sind Sie in psychotherapeutischer
Behandlung? Wenn ja, seit wann? _____ Ja Nein
Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft / stillen Sie? Ja Nein
Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Frühere Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Schlechte Narben, Wundheilungsstörungen? Ja Nein
Probleme bei der Anästhesie? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Anmerkungen _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden / wer hat sie empfohlen?

Waren Sie mit der bisherigen Behandlung und der Freundlichkeit am
Telefon zufrieden? Ja Nein

Weitere Anmerkungen: _____

Datum

Ort

Unterschrift