

# Anmeldung / Anamnesebogen



Dr. med. Christian Roser  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Notfallmedizin

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir Sie richtig behandeln können.

Name	<input type="text"/>	<b>Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist Mitglied?</b>	
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	PLZ und Ort	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	Wer soll die Rechnung erhalten?	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Wer hat uns empfohlen?	<input type="text"/>
Arbeitgeber, Ort	<input type="text"/>	Ich bin privat versichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse	<input type="text"/>		

## Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure (Gicht) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern               | <input type="checkbox"/> Angina pectoris           |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung           | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Sonstige) |

## Sonstige Erkrankungen:

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja, und zwar:

## Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja, und zwar:

## Leiden Sie an Allergien?

Ja, und zwar:

## Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

## Aktuelle Beschwerden:

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während des gesamten Behandlungsverlaufes ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bez. mind. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Remchingen, den  Unterschrift: \_\_\_\_\_