

# Anmeldung

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.Nr.: ..... Vorheriger Hausarzt: .....

**Bei Privatversicherten:**

Name der Versicherung..... Standardtarif  Basistarif

---

1. Besonderheiten / Allergien ?

.....  
.....

2. Bestehen zurzeit Erkankungen, welche?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

.....

4. Sind sie Träger eines Herzschrittmachers?

Ja ( )                  Nein ( )

5. Haben Sie Gelenkprothesen?

Knie ( )                  Hüfte ( )                  Schulter ( )

---

*Ich bin einverstanden mit Übermittlungen behandlungsrelevanter Daten im Rahmen des Datenschutzes an mitbehandelnde Ärzte (Befunde)*

*Alle genannten Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiterinnen.*

Datum: ..... Unterschrift: .....