

Anmeldeblatt Krankheitsgeschichte



Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Beantworten Sie bitte diese Fragen so gut wie möglich.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich

Privat Basistarif*

Privat

Privat Standardtarif*

Selbstzahler

*bitte Versicherungsbescheid vorlegen

bei folgender Krankenkasse:

Datum:

Ihre Unterschrift:

Was ist Ihr Anliegen?

Wer hat Sie überwiesen?

Welche Ärzte sollen einen Bericht erhalten?

Datum:

Ihre Unterschrift:

Welche Medikamente nehmen Sie?

keine

(Bitte geben Sie auch Sprays / Dosieraerosole an)

Name	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Nutzen Sie medizinische Hilfsmittel?

nein

Sauerstoff

CPAP/BiPAP

andere:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Allergien

Asthma/Bronchitis

Blut

gehäufte Infekte

Hochdruck

Herz

Diabetes mellitus

Gicht

Leber

Lunge

Magen / Darm

Nerven

Niere/Blase/Prostata

Muskel

Knochen / Gelenke

Rheuma

Haut

Tumorerkrankung

Schlafstörungen

Abhängigkeiten

Angst

Depression

Sonstiges:

Wurden Operationen durchgeführt?

Hatten Sie Unfälle?

Waren Sie in Reha, zur Kur?

Was ist Ihr Beruf?

Welche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Sind Sie arbeitsfähig?

ja

nein

ohne Arbeit

in Rente seit

Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung?

nein

ja

Grad der Behinderung (GdB)

%

Sonstiges?