

# Anmeldebogen Anmeldebogen

Frau       Herr

Titel ..... Vorname ..... Nachname ..... Geburtsdatum .....

Versicherungsnummer ..... Krankenkasse .....

Zusatzversicherung .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefonnummer ..... eMail Adresse .....

bevorzugte Kontaktaufnahme per       Telefon       eMail

- Wir bitten Sie den Aufnahmebogen sorgfältig auszufüllen, dies ermöglicht uns genau auf Ihre Anliegen einzugehen. Bei Fragen steht Ihnen das Ordinationsteam gerne zur Verfügung.

# PERSÖNLICHE DATEN

Beruf

Befinden Sie sich im Krankenstand

Zuweisender Arzt/Hausarzt

Grösse

Gewicht

Gewichtsveränderungen  
*in den letzten Wochen / Monaten*

nächtliches Schwitzen

Schlafstörungen

Fieber *innerhalb der letzten Tage*

Nikotin

Wieviele Zigaretten/Tag

seit wievielen Jahren

seit wann aufgehört

Alkohol  täglich  gelegentlich  selten/nie

Stuhlunregelmäßigkeiten

Beschwerden beim Harnlassen

Allergien

Derzeitige Medikamente

Blutverdünnung *wie Marcoumar, Plavix, Thrombo-Ass*

Frühere Operationen, *wenn Ja, welche?*

Gelenke

Magen-Darm

Herz und Gefäße

Unterleib

Wirbelsäule *(inkl. Nervenwurzelblockaden, etc.)*

## KRANKENGESCHICHTE:

Frühere Erkrankungen:

- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit
- Herzinfarkt (Herzkatheter/Stent/Bypass)

- Cholesterin
- Schilddrüse
- Lungenerkrankungen
- Leber
- Magen
- Darm
- Bauchspeicheldrüse
- Niere
- Prostata bzw. Gebärmutter / Eierstöcke
- Krebserkrankungen
- Venenerkrankungen
- Schlaganfall

Wann/Wo behandelt/Rehabilitation/  
Karotisstenose bekannt?

- Parkinson
- Multiple Sklerose
- Epilepsie

Epilepsie-Syndrom bekannt?

- Polyneuropathie

Ursache bekannt?

- Muskelerkrankungen

Welche?

- Kopfschmerzen
- Demenz
- Andere Erkrankungen:

Erkrankungen in der Familie (Herz-  
erkrankungen, Krebserkrankungen,  
Neurologische Erkrankungen)?

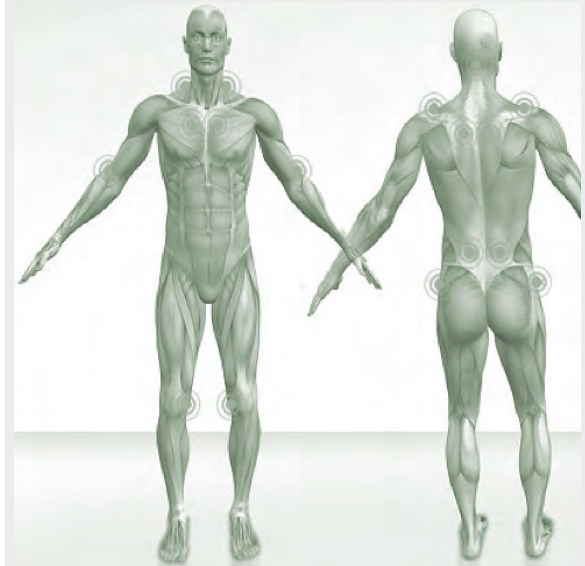
Zuletzt durchgeführte  
Untersuchungen und  
Behandlungen:

- EKG
- Lungenröntgen
- Herzultraschall
- Belastungs-EKG
- Magen- / Darm-  
spiegelungen
- urologisch /  
gynäkologische  
Untersuchungen
- Mammographie
- Knochendichte  
messung
- Physiotherapie /  
Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Osteopathie
- Gelenksprothesen
- Implantate/Metalle
- Schrittmacher/Stents

## AKTUELLE BESCHWERDEN:

Grund für Ihren heutigen Besuch?

Schmerzlokalisierung



Schmerzskala

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

# Allgemeine Anmerkungen

- Ziel ist es, Ihnen im Rahmen unseres Ordinationsbetriebes eine umfassende medizinische Betreuung und eine dauerhafte Linderung Ihrer Beschwerden zu ermöglichen. Wir sind darum bemüht Ihnen nicht nur ausreichend Zeit für die Besprechung Ihrer Anliegen zu geben, sondern Sie auch medizinisch optimal zu versorgen. Soweit es uns möglich ist, werden wir auf Ihre Bedürfnisse und Ansprüche Rücksicht nehmen und dafür sorgen, dass unsere Behandlung und Betreuung nicht an der Ausgangstür endet.
- Das medsyn Ärzte- und Therapiezentrum ist eine private und wahlärztliche Gesundheitseinrichtung. Das heißt, die Bezahlung der Behandlung erfolgt gemäß der jeweilig gültigen Tarife. Die Behandlungshonorare sind bar, per Bankomat- bzw. Kreditkartenkasse oder per Zahlschein zu begleichen. Wir stellen Ihnen Rechnungen aus, die so detailliert die Leistungen aufschlüsseln, dass sie diese problemlos bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Abhängig von Ihrer Versicherung kann Ihnen einen Teil der Kosten zurückerstattet werden. Unser Team steht Ihnen dabei gerne zur Verfügung.
- Vor dem Durchführen einzelner Behandlungen, wie Infiltrationen, Infusionen, Akupunktur, Leistungstests uä., werden Sie ausführlich über mögliche Begleiterscheinungen und Risiken aufgeklärt. Diese Behandlungen werden nur mit Ihrem Einverständnis durchgeführt.

Datum .....  
Unterschrift  .....