



Dr. Etzrodt-Walter
89075 ULM . Weinbergweg 41 . Tel.: 0731-93409790 . Fax.: 0731-93409792

SP-PD-0001
Stand: 16.06.19
Seite 1 von 2
Rev. 04

Anmeldeformular gesetzlich versicherte
Patientinnen und Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____ geschäftl.: _____ Handy: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie richtig behandeln zu können und um unnötige Untersuchungen zu vermeiden, ist es wichtig, einige Informationen von Ihnen zu erhalten.

Was ist Ihr Vorstellungsgrund? _____

Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand:

Haben Sie Diabetes ? Nein Ja, Typ _____

Nehmen Sie Blutverdünner / Marcumar ein? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja, seit _____ Jahren

Trinken Sie Alkohol? Nein gelegentlich täglich

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Allergien Nein Ja, _____

Epilepsie? Nein Ja

Prostata-Krebs? Nein Ja

Haben Sie andere Erkrankungen? Nein Ja, _____

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Nein Ja, wegen _____

Wurde bei Ihnen schon einmal operiert? Nein Ja, _____

Hatten sie in den letzten Jahren eine Gehirnerschütterung oder ein Schleudertrauma?

Nein Ja

Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung? Nein Ja

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja

Bitte teilen Sie Ihren Medikationsplan der Mitarbeiterin bei der Blutdruckmessung mit.

Sind bei Ihnen in der Familie Erkrankungen bekannt? Nein Ja

Welche/Bei wem? _____

Hat eine ärztliche Untersuchung aufgrund dessen schon stattgefunden?

Nein Ja

Bitte beachten Sie auch die 2. Seite!

Überprüfung erfolgt:
alle 2 Jahre

Erstellt am: 16.6.2019
Von: Dr. S. Walter

Freigegeben am: 16.6.2019
Von: Dr. G. Etzrodt-Walter

Anmeldeformular gesetzlich versicherte
Patientinnen und Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Fragen an unsere Patientinnen:

Alter bei der 1. Monatsblutung?	_____ Jahre	
Besteht der Zyklus noch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, seit _____ Jahren
Ist/war der Zyklus immer regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Blutungsstärke und -dauer normal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, auffällig war _____
Anzahl und Jahr der Schwangerschaften:	_____	
Fehlgeburten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Hormone (die „Pille“ oder Hormone in den Wechseljahren)?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Ist bei Ihnen Brustkrebs bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie wurden Sie therapiert?	_____	

BG-Fall: nein ja: Unfalltag: _____ Unfallbetrieb: _____ BG.Kasse: _____

Information zu bestimmten Leistungen in der Praxis:

Folgende Leistungen werden in der Regel nicht von den gesetzlichen Kassen gezahlt:

PSA (Prostata-Tumor-Vorsorge)
SPA (Knochendichte-Messung)
Galileo (Muskelaufbau)
Diätberatung

Auch weitere Wahlleistungen sind auf Anfrage möglich.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen.

Datenschutz:

Diese Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht, wie auch alle übrigen Inhalte, die mit Ihrem Besuch in der Praxis zu tun haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde an weiterbehandelnde Ärzte verschickt und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.

Ulm, den _____ Unterschrift _____