



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 privatversicherte  
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 privatversicherte  
Patientinnen und Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**Fragen an unsere Patientinnen:**

Alter bei der 1. Monatsblutung? \_\_\_\_\_ Jahre

Besteht der Zyklus noch?  Ja  Nein, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist/war der Zyklus immer regelmäßig?  Ja  Nein

Ist die Blutungsstärke und -dauer normal?  Ja  Nein, auffällig war \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahr der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten?  Ja  Nein

Nehmen Sie Hormone (die „Pille“ oder Hormone in den Wechseljahren)?  
 Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Ist bei Ihnen Brustkrebs bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, wie wurden Sie therapiert? \_\_\_\_\_

**BG-Fall:**  nein  ja: Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallbetrieb: \_\_\_\_\_ BG.Kasse: \_\_\_\_\_

**Informationen zu Ihrer Krankenkasse:**

Krankenkasse:  
Versicherten Nr.:

**Sondertarif:**  Nein  Ja ( KVB I-III  Basistarif  Standardtarif)

**Bei Sondertarifen legen Sie bitte die entsprechende Bescheinigung innerhalb von 5 Werktagen vor. Ohne Vorlage wird ein normaler Tarif verrechnet.**

Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen darf über die privatärztliche Verrechnungsstelle erfolgen.

Bei Minderjährigen:  
Erziehungsberechtigte/r: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ulm, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_