



PATIENTENMELDEBOGEN

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße/Nr.:	Telefon-Nr.:
PLZ/Wohnort:	Evtl. Fax/ Handy-Nr.:
Krankenversicherung:	Hausarzt:
Mitversichert?	
Über folgende Person: Name: _____ Geburtsdatum: _____	
Liegt eine <u>privatärztliche Zusatzversicherung</u> vor? (bitte Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> stationäre (wahl-) ärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer stationär <input type="checkbox"/> Einbettzimmer stationär <input type="checkbox"/> ambulante (wahl-) ärztl. Zusatzleistungen <input type="checkbox"/> individuelle Gesundheitsleistungen	<input type="checkbox"/> <u>Eine privatärztliche Zusatzversicherung liegt NICHT vor!</u>

Venenleiden, Thrombosen, Embolien

Blutungsneigung, Blutverdünnung (Marcumar, ASS,...)

Herz-/Kreislaufferkrankungen / Bluthochdruck

Allergien, Unverträglichkeiten

Stoffwechselstörungen (z. B. Zucker, Gicht)

Nierenleiden, Leberleiden

Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tbc, HIV)

Unfälle, Sportunfälle

Operationen

Tumorerkrankungen

Ich nehme folgende Medikamente:

Patienteninformation zum Datenschutz erhalten

Datum: _____ **(Unterschrift Patient)** _____

Bitte informieren Sie uns ggf. über alle Veränderungen Ihrer Krankheits- und persönlichen Daten ! Vielen Dank !