

## Anmeldebogen

**Wir sind stets bemüht Sie in den Fokus unserer Praxis zustellen.  
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

**Patient:**

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Versicherter:**

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Versicherung:**  pflichtversichert  
 freiwillig versichert  
 Privatversicherung: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
(PLZ/ Ort) (Straße)

\_\_\_\_\_  
(Tel. Nr. tagsüber ) (Mobil Nr.) (Email)

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Name Ihres Hausarztes:** \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

\_\_\_\_\_

### Allgemeine Krankengeschichte

		Ja / Nein	
<b>Herzerkrankungen:</b>	- Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>	- zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>