



ANMELDEFORMULAR

Datum:

Nachname:	Vorname:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	E-mail:
Krankenkasse:	Beruf:

Wenn nicht selbstversichert, MUSS der Hauptversicherte zusätzlich angegeben werden:

Nachname:	Vorname:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Krankenkasse:

Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrer Gesundheit werden in unserem System hinterlegt. Wir nutzen diese Daten, um Sie medizinisch bestens zu betreuen und Sie an wichtige Termine zu erinnern.

Einwilligung zur Datenspeicherung J N
Die Erinnerung zu Terminen (SMS und E-mail) darf erfolgen J N
Einwilligung zur Weiterleitung von Bildern/Befunden J N

Wir bitten Sie höflichst, im Falle einer Verhinderung Ihren Termin rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abzusagen oder zu verschieben. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

BITTE WENDEN!

Unterschrift des Patienten/Erziehungs- oder Obsorgeberechtigten



GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Bitte zutreffendes ankreuzen

ja nein

1. Mein Hausarzt:
2. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten oder Allergien?
 - a. Allergien ja nein
Wenn ja, welche?
 - b. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?
 - c. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? ja nein
 - d. Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV ja nein
 - e. Erhöhter Augendruck, Glaukom ja nein
 - f. Stuhlprobleme, Verstopfung, Darmverschluss ja nein
 - g. Krebserkrankung ja nein
Wenn ja, welche?
 - h. Hatten Sie Operationen (z.B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase)? ja nein
Wenn ja, welche?
3. Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein
4. Von Urologie 11 habe ich erfahren über:
 Internet Familie oder Bekannte Zeitungen oder TV
 Anderes

Ein Widerruf der Datenspeicherung ist jederzeit schriftlich
per Brief oder E-mail an praxis@urologie11.at möglich.

Unterschrift des Patienten/Erziehungs- oder Obsorgeberechtigten