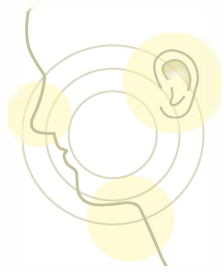


# ANAMNESE



DR. MED.  
DAVID REINHARDT

SEITE 1

FACHARZT FÜR HALS-NASEN-  
OHRENHEILKUNDE BAD WÖRISHOFEN

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER HNO PRIVATPRAXIS!

Als Neupatient benötigen wir von Ihnen, neben den Angaben zu Ihrer Person, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die HNO-fachärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### PERSÖNLICHES

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. beruflich \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein  
privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

### WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### WER IST IHR HAUSARZT?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

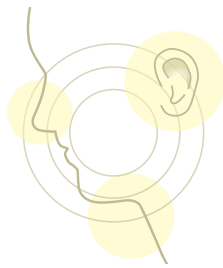
von Bekannten / Familie empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Überweisung / Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN ►

# ANAMNESE



## DR. MED. DAVID REINHARDT

SEITE **2**

FACHARZT FÜR HALS-NASEN-  
OHRENHEILKUNDE BAD WÖRISHOFEN

### FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

ja nein

Leiden Sie an akuten oder chronischen  
Erkrankungen des Herzens und/oder des Kreislaufs?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Blutungsneigung vor  
oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Infektions-  
krankheit (z.B. Hepatitis, TBC o.ä.)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Erkrankungen  
der inneren Organe?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?  ja  nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus?  ja  nein  
Wenn ja:  insulinpflichtig  Tabletten

Sind chronische Erkrankungen des  
Nervensystems bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

ja nein

Besteht eine Allergie oder  
Arzneimittelunverträglichkeit?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen eine  
Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg | Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Wurde bei Ihnen jemals eine  
Röntgenuntersuchung durchgeführt?  ja  nein

Wurde bei Ihnen früher eine  
Untersuchung mit radioaktiven  
Stoffen durchgeführt (z. B. Szintigraphie)?  ja  nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Strahlen-  
behandlung durchgeführt (z. B. Krebsbestrahlung)?  ja  nein

Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), üblicherweise mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz, in Ausnahmefällen und mit Begründung bis zum 3,5-fachen Steigerungssatz.

Ich bin mir im Klaren, dass eine Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, DAK) auf Kostenersatzung nicht besteht.

Weiterhin bin ich darüber aufgeklärt, dass ein Anzweifeln bzw. eine Nichtanerkennung der erbrachten Leis-

tung oder einer Begründung des Steigerungssatzes von Seiten der privaten Krankenversicherung oder Beihilfestelle keinen Einfluss auf die zu bezahlende Rechnung hat. Eine vollständige Erstattung der in der ärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen ist unter Umständen somit nicht gewährleistet.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Behandlung als Privatpatient in der HNO Privatpraxis Dr. med. David Reinhardt (ggf. inklusive ambulanter und/oder stationärer operativer Leistungen) erfolgt.

Ort / Datum

Unterschrift