



ANMELDEFORMULAR

Allgemeine Angaben

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, Sie in der Fontana Klinik begrüßen zu dürfen. Damit wir uns Ihrem Anliegen mit größter Sorgfalt widmen können und Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung bieten können, möchten wir Sie bitten, nachfolgende Angaben und Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Sollten Sie dazu fragen haben, hilft Ihnen unser Team gerne weiter. Vielen Dank!

NAME / VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, WOHNORT

BERUF

ARBEITGEBER

TELEFON PRIVAT

TELEFON MOBIL / GESCHÄFTLICH

E-MAIL

FAX

Ihr Anliegen / Sie interessieren sich für / Grund Ihres Sprechstundenbesuches?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet / Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Clinic im Centrum | <input type="checkbox"/> mybody.de | <input type="checkbox"/> Portal der Schönheit | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Homepage Fontana Klinik | <input type="checkbox"/> Kosmetikstudio | <input type="checkbox"/> Frisör | <input type="checkbox"/> Sport- /Fitnessstudio | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Homepage Dr. Niermann | <input type="checkbox"/> Haus- / Facharzt | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Messe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Empfehlung durch (bitte angeben):

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich Privat Beihilfe

.....
Name der Versicherung

Private Zusatzversicherung bei

.....
Name der Versicherung

Angaben zu Ihren Ärzten

Dürfen wir bei Rückfragen Ihren Hausarzt / Facharzt ansprechen?
Soll einer Ihrer behandelnden Ärzte von uns informiert werden?

Ja Nein
 Ja Nein

Hausarzt / Allgemeinarzt Dermatologe Gynäkologe Sonstiges

NAME

TELEFON

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, ORT

Bitte wenden!



ANAMNESEBOGEN

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Haben Sie Beschwerden mit...

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz / Kreislauf | (z.B. hoher / niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Schwindelanfälle, Angina Pectoris) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemwege / Lunge | (z.B. Asthma, Chronische Bronchitis, Atemnot, Lungenentzündung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blut | (z.B. Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gefäße | (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfader, Thrombosen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm | (z.B. Durchfall, Verstopfung, Geschwüre, chron. Entzündung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leber | (z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose, Gallensteine) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nieren | (z.B. eingeschränkte Funktion, Nierensteine, Dialysepflicht) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nerven / Gemüt | (z.B. Epilepsie, Depression, Manie, Lähmungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionen | (z.B. TBC, Hepatitis, AIDS / HIV) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stoffwechsel | (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes / Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Sie eine der oben genannten Fragen mit ja beantwortet haben, dann führen Sie Ihre Angaben bitte kurz aus

.....

Leiden Sie unter Allergien?

- Heuschnupfen Medikamente Latex Jod Nahrungsmittel Sonstiges

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein
Wenn ja, welche?

Waren/ sind Sie in ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein
Wenn ja, weswegen?

Wurden Sie in den vergangenen 5 Jahren operiert?

- Ja Nein
Wenn ja, weswegen?.....

Besteht eine Schwangerschaft bzw. ist diese geplant?

- Ja Nein
Wenn ja, aktueller Monat / Planung.....

Rauchen Sie?

- Ja Nein
Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja Nein
Wenn ja, wie viel?

Größe Gewicht

Sonstige Hinweise (Vegetarier, Veganer usw.)?

Hinweis:

Kosten für Beratung, Untersuchung und operative Eingriffe aus ästhetischen Gründen werden nicht von der Krankenkasse oder Privatversicherung übernommen und sind per Vorauszahlung zu entrichten. Die Abrechnung für die Erstberatung/-untersuchung wird nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) mit 61,67€ berechnet.

Ich bestätige obige Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ihre Angaben werden unter Wahrung der ärztl. Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ich wünsche regelmäßige Informationen zu aktuellen Themen und Aktionen zu erhalten.
Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

- telefonisch
 per Post
 per Email

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigter