

# Anmeldebogen

Bitte senden Sie uns das Formular per Post, Fax oder E-Mail an unten angegebene Adresse.  
*-Die Angaben erfolgen freiwillig-*

NAME:	VORNAME:	
_____		
GEBURTSNAME:		
_____		
STRASSE:	PLZ, WOHNORT:	
_____		
TELEFON:	MOBILTELEFON:	
_____		
GEBURTSDATUM:	GEBURTSORT:	
_____		
BERUF:	FAMILIENSTAND:	KINDER:
_____		
ARBEITGEBER:	KONFESSION:	
_____		
STAATSANGEHÖRIGKEIT:	EMAIL:	
_____		

## HAUSARZT:

ADRESSE:	TELEFON:
_____	

## EINWEISENDER ARZT:

ADRESSE:	TELEFON:
_____	

## NÄCHSTER ANGEHÖRIGER:

ADRESSE:	TELEFON:
_____	
	MOBILTELEFON:
	_____

## VERSICHERUNG

NAME und ANSCHRIFT:	
_____	
VERS. NR. :	ANTEIL IN %:
_____	
TELEFON:	FAX:
_____	
	WAHLELEISTUNGSTARIF <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	_____

## BEIHLFESTELLE

NAME und ANSCHRIFT:	
_____	
PERSONAL. NR. :	ANTEIL IN %:
_____	
TELEFON:	FAX:
_____	
	WAHLELEISTUNGSTARIF <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	_____

BEMERKUNG / SONSTIGES:

\_\_\_\_\_

NAME DES PATIENTEN: \_\_\_\_\_

**LEBENSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN**

- Ich leide unter:
- |                          |                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Laktose-Intoleranz                         |
| <input type="checkbox"/> | Zöliakie / Sprue (Glutenunverträglichkeit) |
| <input type="checkbox"/> | Fructosemalabsorption                      |
| <input type="checkbox"/> | Histamin-Intoleranz                        |

Lebensmittelunverträglichkeit auf folgende Lebensmittel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIEN**

Hausstauballergie  JA  NEIN

Sonstige (Nicht-Lebensmittel-)Allergien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AKTUELLE MEDIKAMENTENEINNAHME (Name und Tagesdosis)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VORAUSSICHTLICHE ANREISE:**

am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

mit meinem PKW:  mit der Bahn:  Ankunftszeit: