



Bitte vor der Behandlung sorgfältig ausfüllen und an der Anmeldung wieder abgeben!

Dr. med. Michael Schuh | Dr. med. Christian Gebner | Erfurt | Tschaikowskistraße 24 | Telefon: 0361 65 73 73 0

▼ Patient

▼ Hauptversicherter

▼ Adresse, PLZ, Straße Nr.

▼ Telefon privat

▼ Telefon dienstlich

▼ Telefon mobil

▼ geboren

▼ geboren

▼ E-Mail

▼ Krankenkasse

▼ Beruf

▼ Arbeitgeber/Schule/Dienststelle

Sind Sie arbeitslos/arbeitssuchend? ja  nein

Sind Sie schwanger? ja  nein

War es ein Unfall/Arbeitsunfall/  
Schulunfall/Wegeunfall? ja  nein

Sind Sie von der Zuzahlung  
bei Arzneimitteln befreit? ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein

• Haben Sie Allergien? Wenn ja - welche?

• Welche Beschwerden führen Sie zum Arzt (wo, akut, chronisch, seit wann)?

• Eigene Erkrankungen mit Jahresangabe (Operation, Krankenhaus, Kuren, Unfälle)

• Nehmen Sie Medikamente? Spritzen? Blutverdünner? Wenn ja - welche?

• Name und Anschrift des Hausarztes:

• Stehen Sie bei anderen Ärzten wegen diesen Beschwerden in Behandlung? Wenn ja - bei welchen?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass gemäß §73 Abs. 1b SGB V die Behandlungsdaten dem angegebenen Hausarzt und anderen mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden.

ja  nein

• Wann und weswegen war Ihre letzte Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchung?

• Besitzen Sie orthopädische Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen)? Wenn ja - welche?

Körpergröße: ..... Gewicht: .....

Erfurt, .....

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigte