



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

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

Patient

geboren

Hauptversicherer

geboren

Anschrift

E-Mail

Telefon privat

Krankenkasse

Telefon dienstlich

Beruf

Telefon mobil

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 (OP, 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