

Anmeldebogen für Patientinnen und Patienten

Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Tel.: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt/Überweisender Arzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Herzschrittmacher/Defibrillator: Ja: Nein:

Allergien: Ja: Nein:

Wenn ja, worauf? (z. B. Gräser, Pollen, Hausstaub, Medikamente usw.)

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja: Nein:

Wenn ja, welche?

Haben Sie Diabetes mellitus? Ja: Nein:

Sind Sie im DMP z. B. Curaplan eingeschrieben? Ja: Nein:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, bei längerfristigen Terminen nochmals telefonisch an den Termin erinnert zu werden (bis Widerruf).

Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Befunde / Behandlungsdaten an den mitbehandelnden Hausarzt oder Facharzt bzw. einem Krankenhaus zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt werden und auch angefordert werden können (bis Widerruf).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kooperationspartner:

Klinikum Straubing
Invasivkardiologie

Klinik Bogen
Invasivkardiologie

Deutsches Herzzentrum München
Universitätsklinikum Regensburg