

## ANMELDEFORMULAR

VORNAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_ STRASSE+ HNR: \_\_\_\_\_

VSNR/GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ TELEFONNR.: \_\_\_\_\_

GEWICHT: \_\_\_\_\_ GRÖSSE: \_\_\_\_\_ HAUSARZT: \_\_\_\_\_

DIENSTGEBER: \_\_\_\_\_ PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

Leiden sie an Bluthochdruck?  JA  NEIN

Ist ihr Blutzucker erhöht?  JA  NEIN

Ist ihr Cholesterin erhöht?  JA  NEIN

Rauchen sie?  JA  NEIN

Sind Herzinfarkt/oder Schlaganfall bei 1. Gradigen Verwandten bekannt  JA  NEIN

Haben sie eine private Zusatzkrankenversicherung  JA  NEIN

Allergien: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten ( HIV, ect.): \_\_\_\_\_

Implantate (Schrittmacher, Stent, ect.): \_\_\_\_\_

Medikamente, Name, wieviel mg/mcg/ ect., wie werden sie eingenommen (z.B. 0-0-1-0)?

---

---

---

---

---

---

Ich stimme zu, dass meine behandelnder Arzt personenbezogene Daten ( Name, SVN, ect.) an andere Ärzte oder med. Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt von anderen Ärzten oder Med. Einrichtungen eine Befundbericht anfordern darf.

**Ich nehme zur Kenntnis dass Termine, welche nicht mindestens 24Stunden vorher, per Telefon, mail, Kontaktformular oder Fax abgesagt werden, mit €40,- in Rechnung gestellt werden**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_