

# Facharztpraxis für Herz- und Gefäßerkrankungen

Kardiologie – Innere Medizin – Angiologie

Dr. med. W. Talash, Bahnstr. 24, 63225 Langen



## ANAMNESEBOGEN / BEHANDLUNGSVERTRAG

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind Sie familienversichert? ja  nein

Falls ja: An wen soll die Rechnung gehen? \_\_\_\_\_

### Zusatzhinweise – Zutreffendes bitte ankreuzen:

Beihilfeberechtigung

Post B

KVB I-III

KVB IV

Bundespolizei

Priv. Studentenkrankenversicherung

Standardtarif

Basistarif

Notlagentarif

Haben Sie Einschränkungen in Ihrem Versicherungsvertrag

Wenn Ja – welche.....

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

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

Wenn Sie einen Medikamentenplan dabei haben können Sie uns diesen auch einfach mit abgeben.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends


1. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? ja  nein
2. Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt? ja  nein
3. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte bekannt? ja  nein
4. Sind in Ihrer Familie Gefäßkrankheiten aufgetreten?  
(z.B. Herzinfarkt/Schlaganfall) ja  nein
5. Bestehen ernsthafte Vorerkrankungen?  
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
6. Bestehen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?  
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_ ja  nein
7. Rauchen Sie?  
Wenn ja: Wieviele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ ja  nein
8. Hatten Sie schon einmal etwas am Herzen?  
Wenn ja: Was? \_\_\_\_\_ ja  nein
9. Leiden Sie bei Anstrengung unter Atemnot? ja  nein
10. Spüren Sie bei Anstrengung Druck oder Schmerzen in der Brust? ja  nein
11. Spüren Sie Herzstolpern oder Herzasen? ja  nein
12. Sind Sie in letzter Zeit bewusstlos geworden? ja  nein
13. Haben Sie abends geschwollene Füße oder Unterschenkel? ja  nein

**Erklärung des Arztes:**

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

**Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:**

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dr. Talash, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift