

Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b · 22549 Hamburg
Fon: 040 / 80 60 109 - 30 · Fax: 040 / 80 60 109 - 39
info@gesundheits-hof.de · www.gesundheits-hof.de



Patienten – Anmeldung

Sehr geehrte(r) Patient(innen),

wir freuen uns, Sie im Gesundheits-Hof begrüßen zu dürfen. Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

ggf. Adresszusatz (z. B. „bei Mustermann“): _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Tel. mobil: _____ Email _____

Ich wünsche keine Informationen über aktuelle Angebote des Gesundheits-Hofs.

Angaben zur Krankenversicherung

Name der Krankenkasse: _____

Private Krankenversicherung Beihilfe: ja nein Gesetzliche Krankenkasse

Mitglied Angehöriger Rentner

Versicherter : _____

Zuzahlungen: befreit (bitte Ausweis vorlegen) nein

Bestätigung

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Weiterhin stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass meine oben genannten Daten zu Verwaltungs- und Abrechnungszwecken gespeichert werden.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Bitte wenden!

Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b · 22549 Hamburg
Fon: 040 / 80 60 109 - 30 · Fax: 040 / 80 60 109 - 39
info@gesundheits-hof.de · www.gesundheits-hof.de



Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(innen),
dieser Fragebogen soll dazu dienen, die wichtigsten medizinischen Informationen, die Sie betreffen, vor Beginn der Therapie zu erfassen, um die Behandlung optimal darauf abzustimmen. Bitte informieren Sie uns in Ihrem eigenen Interesse, wenn sich bei den von Ihnen gemachten Angaben im Verlauf der Behandlung Änderungen ergeben.
Vielen Dank!

Patientenangaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aufgrund welcher Diagnose nehmen Sie ggf. am Rehasport teil :

- Ich trage einen Herzschrittmacher
- Ich nehme Marcumar-Tabletten ein Welche: (z.B. Plavix, Iscover) _____
- Bei mir wurden folgende Organerkrankungen festgestellt:
- Bluthochdruck Asthma Zuckerkrankheit Nierenschwäche Epilepsie
- Herzrhythmusstörungen Herzschwäche Zustand n. Herzinfarkt od. Schlaganfall
- Zustand nach Thrombose oder Embolie
- andere neurologische Erkrankungen _____
- andere Lungenerkrankungen _____
- Sonstiges: _____
- Bei mir wurde eine rheumatische Erkrankung diagnostiziert Welche: (z.B. Morbus. Bechterew, Rheumatoide Arthritis, Weichteilrheuma, Fibromyalgie) _____
- Ich habe regelmäßig Rückenbeschwerden im Bereich Schulter/Nacken Brust-WS Lenden-WS
Gibt es dazu eine konkrete ärztliche Diagnose? _____
- Bei mir wurde eine Arthrose in folgendem Gelenk diagnostiziert: _____
- Ich habe einen künstlichen Gelenkersatz Wo: _____
- Ich wurde in den vergangenen 5 Jahren operiert _____
- Ich reagiere allergisch auf _____
- Ich muss derzeit folgende Medikamente einnehmen: _____

Einverständniserklärung

Dieser Fragenbogen unterliegt den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und ist für unbeteiligte Dritte unzugänglich.

Ich erkläre mich damit einverstanden, das die Gesundheits-Hof GmbH Co. KG zum Zwecke einer optimalen Beratung und Behandlung meine Daten an meinen behandelnden / überweisenden Arzt weiterleiten kann und dort ggf. für den Behandlungsverlauf relevante Daten einholt.

Datum _____

Unterschrift Patient(in) _____