

# 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) \_\_\_\_\_