

## Anmeldeformular

Herzlich willkommen im Zentrum MiraMed. Wir bitten Sie diese beiden Seiten gewissenhaft und in Druckbuchstaben auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail-Adresse:	
Beratungstermin: (mind.1 Tag vor OP)	
OP-Termin:	
Geplanter Eingriff: (Ihr Anliegen)	
Sonstige gewünschte Behandlungen:	
Bescheinigung der OP-Tauglichkeit:	Von <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Miramed
Unterkunft:	<input type="checkbox"/> Selbstbucher Name der Pension/des Hotels:
Anreise:	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Flugzeug

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

**WICHTIG:** Der Beratungs- und Operationstermin muss mit der Anmeldung MiraMed vor dem Ausfüllen und Zusenden dieses Formulars schriftlich oder telefonisch abgestimmt werden.

Bei Stornierung von Hotelreservierungen sind die Stornierungsbedingungen des jeweiligen Hauses zu beachten. MiraMed übernimmt diesbezüglich keinerlei Haftung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. Erziehungsberechtigten)

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich die Geschäftsbedingungen (AGB) von MiraMed anerkenne, und die Fragen zum Gesundheitszustand (bitte auch Rückseite ausfüllen) nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

## Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Größe:	Gewicht:
<hr/>	
Waren Sie in den letzten Jahren im Spital bzw. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Wegen welcher Erkrankungen?	
<hr/>	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Wenn ja, geben Sie alle Tabletten, Kapseln, Säfte und homöopath. Präparate an:	
<hr/>	
Hatten Sie Unverträglichkeitsreaktionen auf Spritzen, Infusionen oder Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Wann und weshalb wurden Sie bereits operiert ?	
<hr/>	
Haben Sie die Anästhesie/Narkose gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der Anästhesie/Narkose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Kreislaufprobleme (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombosen, etc.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Akute oder chronische Infektionskrankheiten (z.B.: Hepatitis oder HIV-Erkrankung):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Atemwegserkrankungen (Tbc, Asthma, Bronchitis, etc.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Muskelerkrankungen bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, etc.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Nerven- und Gemütsleiden (Epilepsie, Lähmungen, Depressionen, etc.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Bluterkrankungen oder Gerinnungsstörungen (häufige Blutergüsse, Nasenbluten, langes Bluten, etc.) bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Krampfadern, oder sonstige Gefäßerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Rheuma, rheumatisches Fieber:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Allergie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ sonstige ernsthafte Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
⇒ Taubheitsgefühl im Gesicht oder an anderen Körperstellen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
Rauchen Sie?                      Wenn ja, wieviel rauchen Sie täglich	
<hr/>	
Haben Sie lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	