

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße / Hausnummer Telefon privat

.....
Postleitzahl Ort

.....
E-Mail Adresse Alternative Tel. Nummern

Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Beruf

Arbeitgeber
.....
Telefon

Anschrift
Arbeitgeber
Straße/Hausnummer Ort

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz):

Infektionskrankheiten (hepatitis, TBC, HIV, AIDS usw.)

Innere Krankheiten (Diabetes usw.)

Überempfindlichkeit gegen:

Medikamente:

Materialien:

Sonstiges:

Schwangerschaft ja/nein wenn ja - welcher Monat

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: ja/nein wenn ja - welche:

Sonstiges

Legen Sie besonderen wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ja/nein

Röntgennachweisheft vorhanden ja/nein

Empfohlen/Überwiesen durch:

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht!

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

.....
Datum Unterschrift