

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße PLZ / Ort
Telefon privat Handy email

Beruf*
Arbeitsgeber*
Telefon

Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Im Interesse einer komplikationsfreien 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

* freiwillige Angaben

Telefon: 0721 75 82 77