

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Telefon privat
Postleitzahl Ort

Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Beruf*

Arbeitgeber*
Anschrift* Telefon
Arbeitgeber
Straße Nr. 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

* freiwillige Angaben