

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben

Patient	Name	Vorname	geb.
Mitversichert bei	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Strasse, Haus-Nr.	Tel. Privat	
	Postleitzahl	Ort	
Krankenkasse	_____		
Beruf	_____		
Arbeitgeber	_____		
Anschrift	_____		Tel.
Arbeitgeber	Strasse	Haus-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: \_\_\_\_\_

Wird bei Ihnen zur Zeit eine Chemotherapie oder Osteoporose-Behandlung durchgeführt: ja  nein

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

Was oder wer hat Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns einmal im Jahr zur Kontrolluntersuchung angeschrieben zu werden: ja  nein

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift