

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben

Patient geb.

Mitglied geb.

Anschrift.....

.....

Tel. (privat)..... E-Mail.....

Krankenkasse.....

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert zusatzversichert

Sonstiges

Arbeitgeber

Tel. (geschäftlich).....

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

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

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, ...).....

Innere Krankheiten (Diabetes, ...).....

Überempfindlichkeiten (Medikamente, Materialien, ...).....

Sonstiges

.....

Schwangerschaft ja nein wenn ja, welcher Monat.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein.....

Empfohlen/überwiesen durch.....

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: