



Folgende Angaben benötige ich für eine verantwortungsvolle Behandlung, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten	Vorname	Geb.-datum	priv.Tel.	Emailadresse
--------------------	---------	------------	-----------	--------------

Straße	PLZ	Ort	berufl.Tel.	Krankenkasse
--------	-----	-----	-------------	--------------

**Nur wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenkasse sind:**

Name des Mitglieds	Vorname	Geb.-datum	Ggf.: Ich komme auf Empfehlung von
--------------------	---------	------------	------------------------------------

Mein Hauptanliegen heute ist

Bitte ausfüllen, bzw. ankreuzen

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Name des Arztes.....	ja	nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? .....	ja	nein
.....		
Herzpass, Herzerkrankungen? wenn ja welche .....	ja	nein
Kreislaufkrankungen? .....	ja	nein
Blutdruck? .....	zu hoch	zu niedrig
Stoffwechselerkrankung, Zuckerkrankheit? (Diabetes) .....	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung.....	ja	nein
Erkrankungen des Nervensystems .....	ja	nein
Krampfanfälle? (z.B. epileptische Anfälle).....	ja	nein
Bluterkrankungen? .....	ja	nein
Blutungsneigung? (Hämophilie).....	ja	nein
Veränderungen im Blutbild? .....	ja	nein
Allergien? .....	ja	nein
Asthma? .....	ja	nein
Medikamentenallergie?.....	ja	nein
Allergiepass?.....	ja	nein
Infektionserkrankungen, MRS?.....	ja	nein
Leberentzündung, Gelbsucht? (Hepatitis A,B oder C) .....	ja	nein
Tuberkulose?.....	ja	nein
HIV? .....	ja	nein
Hüft- o. Knieprothese? .....	ja	nein
Schlafstörungen oder Schnarchen? .....	ja	nein
Weitere Angaben:		
Sind oder waren Sie medikamenten/drogenabhängig? .....	ja	nein
Zahnarzt -Röntgen in den letzten zwei Jahren? Bei Dr.....	ja	nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ggf. Entbindungstermin .....	ja	nein
Wünschen Sie Behandlung unter örtlicher Betäubung? .....	je nach dem	ja

Bitte teilen Sie uns Ihre im Laufe der Jahre ggf. neu eintretenden Erkrankungen mit!

Hinweis:

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Vereinbarte, aber nicht mind. 24 Stunden zuvor abgesagte Termine werden Ihnen entsprechend dem Honorar der entfallenen Behandlung, minimal aber mit 25€ je 15 min berechnet. Legen Sie keine Krankenversicherungskarte vor, berechnen wir die Behandlungskosten privat. Zum Zwecke der Weiterbehandlung erklären Sie Ihr Einverständnis, daß Ihre Karteunterlagen und Röntgenbilder weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift