

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße und Hausnummer _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____ Beruf _____

Versicherung

Krankenkasse _____ Hausarzt _____

Arbeitgeber

Firma/Schule _____

Straße und Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Bei Arbeitsunfällen/Schulunfällen

Arbeitsbeginn _____ Ende _____ Wann ist der Unfall passiert? Datum/Uhrzeit _____

Wo Unfall passiert? _____ Seit wann beschäftigt? _____

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:
Bitte beachten Sie auch die Rückseite.**

Allergien

ja nein

Wenn ja, welche? _____

**Arzneimittel-
Überempfindlichkeit**

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Tetanusschutz

ja nein

Letzte Impfung, wann? _____

Schwangerschaft

ja nein

Wenn ja, In welchem Monat? _____

Medikamenteneinnahme

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wir bitten Sie, zutreffende **Erkrankungen** anzukreuzen und ggf. zu vervollständigen.

Wenn der Platz nicht ausreicht bitte weiter auf der Rückseite.



Gelenk-/Muskel

Gelenkarthrose ja nein Wo _____
Gelenkprothese ja nein Wo _____
Muskelerkrankungen ja nein Rheuma ja nein
Osteoporose ja nein

Herz-Kreislauf

Blutdruck ja nein Herzrhythmusstörungen ja nein
Herzfehler ja nein Herzschrittmacher ja nein
Herzinfarkt, früher ja nein Künstliche Herzklappe ja nein

Blutgefäße

Krampfader ja nein Thrombose ja nein
Lungenembolie ja nein Durchblutungsstörungen ja nein

Lunge

Asthma bronchiale ja nein COPD ja nein
Tuberkulose ja nein

Stoffwechsel

Diabetes mellitus ja nein Gicht ja nein

Nieren

Eingeschränkte Funktion ja nein Dialyse ja nein

Magen-/Darm

Magengeschwüre ja nein Darmentzündungen ja nein

Leber

Hepatitis ja nein

Blut

Gerinnungsstörung ja nein Bluterkrankung ja nein
Häufiges Nasenbluten ja nein blaue Flecken ja nein

Infektion

Infektionskrankheit ja nein Welche? _____

Impfungen

in letzten 2 Wochen ja nein

Neurologie/Psychiatrie

Neurologische Erkrankung ja nein Welche? _____
Psychische Erkrankung ja nein Welche? _____

Sonstige

Andere Erkrankungen ja nein Welche? _____

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ ist in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.
Etwas Änderungen meines Gesundheitszustands werde ich umgehend angeben.