

Anmeldung!

Patient: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Beruf: _____
Krankenkasse: _____ Vers. Nr: _____
Versicherter: _____ Vers. Nr: _____ Geb. Dat: _____
Dienstgeber: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Firma: _____
Hausarzt: _____
Zahn-Zusatzvers.: _____

Gesundheitsfragebogen:

| | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie Spritzen immer gut vertragen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erhöhte Blutneigung (Blutverdünnung, Bluter)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kreislaufbeschwerden: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zu hoher Blutdruck <input type="radio"/> zu niederer Blutdruck <input type="radio"/> | | |
| Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hormonelle Störung (z.B. Schilddrüsenerkrankung)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oder andere ansteckende Krankheiten (Tuberkulose, Aids)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asthma/Allergie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? | | |

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ich nehme zur Kenntnis, dass für unentschuldig versäumte Termine abhängig von der Dauer, zwischen 30€ und 100€ verrechnet werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____