

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: _____