

PATIENTENANMELDUNG

Bitte vor Behandlung ausfüllen und abgeben!

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:
Vorname: Telefon-Nr.: freiwillig versichert: ja / nein
Anschrift: Tätigkeit: zusätzlich versichert: ja / nein
z.Z. arbeitslos ja / nein

Bestanden oder bestehen:	ja	nein	Bestanden oder bestehen:	ja	nein
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen...)			Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterfunktion...)		
Kreislauf-/Gefäßerkrankungen (Schlaganfall, Blutgerinnungsstörung, zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose...)			Allergische Reaktionen (Medikamente, Heuschnupfen, Pflaster, Nahrungsmittel, Latexhandschuhe...)		
Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis, Leberverfettung...)			Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen...)		
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)			Augenerkrankungen (Grauer Star/Grüner Star/Glaukom...)		
Nieren-/Harnwegserkrankungen (Nieren-/Nierenbeckenentzündung)			HIV-Erkrankung		
Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen- oder Darmerkrankungen)			Regelmäßige ASS (Aspirin)-Einnahme		
Schwangerschaft, wenn ja Monat			Andere Blutverdünner		
Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen: Hauterkrankungen, Tumorerkrankungen usw. – Vermerk bitte auf der Rückseite!!!					

Mit der Übersendung eines Arztberichtes an meinen behandelnden Arzt bin ich einverstanden: ja / nein
Bitte Anschrift auf der Rückseite vermerken!

Patn./Pat. wünscht privatärztliche Behandlung bzw. wünscht privatärztliche Behandlungsformen: ja / nein

Bei fehlender Krankenversicherungskarte:

Liegt zum Zeitpunkt der Behandlung oder spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn keine gültige Krankenversicherungskarte vor, wird die Behandlung privat berechnet.

Datum:

Unterschrift: