Name	Vorname	Geburtsdatum:	
Bei Kindern (unter 18-jährigen) hier bitte Name des Hauptversicherten angeben:		Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer:	Postleitzahl / Wohnort:		Nationalität
Telefon-Nr. privat und mobil	Telefon-Nr. dienstlich:	Email:	
Krankenkasse:	Arbeitgeber / Beruf	Name des Hausarztes / Kinderarztes:	

	ja	nein
Herz-/ Kreislauferkrankungen		
Bluthochdruck		
Herzklappenfehler		
Herzoperation		
Anfallsleiden (Epilepsie)		
Asthma / Lungenerkrankung		
Schilddrüsenerkrankung		
Blutgerinnungsstörungen		
Diabetes / Zuckerkrankheit		
Parkinson		
Nierenerkrankung / Dialyse		
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen		

	ja	nein
Infektiöse Erkrankungen		
AIDS		
Hepatitis		
Allergien / Unverträglichkeiten		
Antibiotika		
Schmerzmittel		
Metalle:		
sonstige::		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

…….

……

Sonstige Erkrankungen:

……

Rauchen Sie…… **wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag**…….

ja nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat? …..…… Monat

ja nein

Möchten Sie von uns per Email an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

Für Kassenpatienten: Haben Sie eine private Zusatzversicherung? _____

Empfohlen / Überwiesen durch: _____

Die Speicherung dieser Daten ist ausschließlich für praxisinterne Zwecke. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. rechtzeitig abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ein Hinweis für Privatversicherte: Eine Erstattung der Rechnung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle ist möglicherweise aufgrund unterschiedlicher Rechtsverhältnisse oder Tarifbestimmungen nicht in vollem Umfang gewährleistet.

_____ _____

Datum Unterschrift