

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____ Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Tel. privat: _____

Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Tel. Arbeit: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Für Kassenpatienten: Haben Sie ein Bonusheft? Ja / nein

Zusatzversicherung: Ja / nein

Zutreffendes bitte
ankreuzen

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied
sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Änderung: 22.11.2018	Geprüft: 22.11.2018	Freigabe: 22.11.2018
von: Ucini, Angela	von: Jordan, Petra	von: Müller, Sabine

	ja/nein
Bestehen gesundheitliche Risiken, welche?	○ / ○
Haben Sie einen Allergiepass?	○ / ○
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	○ / ○
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche?	○ / ○
<hr/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, welche?	○ / ○
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung, welche?	○ / ○
Besteht bei Ihnen Bluthochdruck?	○ / ○
Muss eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt werden?	○ / ○
Sind Sie Raucher?	○ / ○
Sind Sie HIV positiv?	○ / ○
Haben Sie Hepatitis A?	○ / ○
Haben Sie Hepatitis B?	○ / ○
Haben Sie Hepatitis C?	○ / ○
Bestehen sonstige Infektionskrankheiten, welche?	○ / ○
Bestehen bei Ihnen Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes), welche?	○ / ○
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor, welche?	○ / ○
Haben Sie eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung, welche?	○ / ○
Leiden Sie unter Migräne?	○ / ○
Haben Sie grünen Star?	○ / ○
Haben Sie eine Immunkrankheit, welche?	○ / ○
Haben Sie Asthma?	○ / ○
Haben Sie Osteoporose und/oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	○ / ○
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung, welche?	○ / ○
Leiden Sie an der Creutzfeld-Jakob-Krankheit?	○ / ○
Leiden Sie an Multiresistenten Keimen (MRSA)?	○ / ○
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	○ / ○
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	○ / ○

Bitte beantworten Sie diese Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Niedernhausen, den

Unterschrift Patent/in

Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei wiederholter unentschuldigter Terminversäumnis sehen wir uns gezwungen, unseren Arbeitsausfall mit 65,00 EUR je 30 Minuten Terminausfall zu berechnen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.