



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Anschrift Straße Postleitzahl/ Ort

..... Telefon privat mobil E-mail

Krankenkasse/-versicherung

- gesetzlich versichert [] freiwillig [] Zusatzversicherung [] Kostenerstattung
• privat versichert [] Vollversicherung [] beihilfeberechtigt [] Basistarif

Beruf* Arbeitgeber*

Anschrift Arbeitgeber* Straße Postleitzahl/ Ort

*Angabe freiwillig

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an

- akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzens): [] ja [] nein
• Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? [] ja [] nein
Wenn ja, welche?
• Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids, Creutzfeld-Jakob-Krankheit usw.): [] ja [] nein
• inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.): [] ja [] nein
• Überempfindlichkeit (Allergie) [] ja, gegen: [] nein

Medikamente:

Materialien:

• andere Erkrankungen:

Schwangerschaft: [] ja [] nein wenn ja - welcher Monat:

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Biphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? [] ja [] nein

Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? [] ja [] nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Medikamente: [] ja [] nein

Rauchen Sie? [] ja [] nein

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: [] ja [] nein

Röntgennachweisheft vorhanden: [] ja [] nein

Empfohlen/ überwiesen durch:

Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

..... Ort, Datum

..... Unterschrift/Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/Vertreter