

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient Name Vorname geb.

Mitglied Name Vorname geb.

Anschrift Straße Postleitzahl/Ort

Telefon privat mobil E-Mail

Krankenkasse/-versicherung

gesetzlich versichert freiwillig privat versichert Basistarif ja
 Zusatzversicherungen nein

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):

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw.):

Innere Krankheiten (Diabetes mellitus usw.):

Überempfindlichkeit (Allergie) gegen:

Medikamente:

Materialien:

Andere Erkrankungen:

Schwangerschaft: ja nein, wenn ja – welcher Monat:

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

Sonstige Medikamente:

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.

Datum Unterschrift