

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient:

Name Vorname geb.

Mitglied:

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Hausnr. Ort Telefon

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des
Kreislaufs(Herz):_____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids
usw.):_____

Überempfindlichkeit
gegen:_____

Medikamente:_____

Materialien:_____

Sonstiges:_____

Schwangerschaft: ja/nein wenn ja - welcher
Monat:_____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: ja/nein
Wenn ja -
welche:_____

Sonstiges:_____

Letzte
Röntgenuntersuchung:_____

**Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des
Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner
persönlichen Daten stimme ich zu. Die Bestimmungen zur DSGVO habe ich gelesen und
verstanden (liegt im Wartezimmer aus). Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese
Informationen gelesen und verstanden habe.**

Datum Unterschrift