

Anmeldebogen

Benötigen Sie eine Rechnung zum Einreichen bei Ihrer privaten KV / Zusatzversicherung / Beihilfe? _____

Wenn ja, wie lautet das Versicherungsunternehmen? _____

Vorname / Name: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____ PLZ: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

Grunderkrankung / Unfälle / Verletzungen? _____

Bluthochdruck / Diabetes / Gicht / Gefäßerkrankungen? _____

Allergien / Unverträglichkeiten? _____

Schlafstörungen / Konzentrationsschwäche / Stress? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Fragen an Frauen:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? _____ Wenn ja, welche SSW? _____

Nehmen Sie die Pille? _____ Menstruationsbeschwerden / Geburten? _____

Ort, Datum

Unterschrift

