

Persönliche Daten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mailadresse: _____

Geburtstag: _____ Beruf/Sportart: _____

Krankenkasse: _____ Gesetzlich: Privat oder Zusatzversichert:

Persönliches Befinden:

Angaben:

g = gut,

m = mäßig,

s = schlecht

Schlaf: g m s Durst: g m s Wasserlassen: g m s

Appetit: g m s Stuhlgang: g m s Schwangerschaft: + -

Haben oder hatten Sie welche der folgenden Erkrankungen oder Infektionskrankheiten?

Tuberkulose: <input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/>	Schilddrüse: <input type="checkbox"/>	Augen: <input type="checkbox"/>
Hepatitis: <input type="checkbox"/>	Lunge: <input type="checkbox"/>	Hochdruck: <input type="checkbox"/>	Ohren: <input type="checkbox"/>
Aids: <input type="checkbox"/>	Herz: <input type="checkbox"/>	Haut: <input type="checkbox"/>	Magen: <input type="checkbox"/>
Borellien: <input type="checkbox"/>	Darm: <input type="checkbox"/>	Leber: <input type="checkbox"/>	Galle: <input type="checkbox"/>
Wirbelsäule: <input type="checkbox"/>	Blase: <input type="checkbox"/>	Nerven: <input type="checkbox"/>	Nieren: <input type="checkbox"/>
Gelenke: <input type="checkbox"/>	Halsentzündungen: <input type="checkbox"/>	Gürtelrose: <input type="checkbox"/>	Scharlach: <input type="checkbox"/>
Masern: <input type="checkbox"/>	Mumps: <input type="checkbox"/>	Röteln: <input type="checkbox"/>	Windpocken: <input type="checkbox"/>
Keuchhusten: <input type="checkbox"/>			

Haben Sie Allergien oder eine Überempfindlichkeit? Nein: Ja: Welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Nein: Ja: Welche?

Hatten Sie Operationen oder Unfälle? Nein: Ja: Welche?

Sind folgende Krankheiten in der Familie bekannt?

Krebs: <input type="checkbox"/>	Rheuma: <input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/>	Erbleiden: <input type="checkbox"/>
Haut: <input type="checkbox"/>	Herzleiden: <input type="checkbox"/>	Nervenleiden: <input type="checkbox"/>	Gemütsleiden: <input type="checkbox"/>

Grund bzw. Anlass Ihres Besuches sowie derzeitige Therapien:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Die Behandlungspauschale beträgt derzeit 45€. Aktuelle Preise entnehmen Sie bitte der Webseite - www.heikemayer.de.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns an keinen Dritten weitergegeben. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis. Bei nicht einhalten Ihres Termines bitten wir um eine Absage, spätestens 24 Stunden, vor Ihrem Termin. Ansonsten müssen wir Ihnen leider die gesamte Behandlungspauschale berechnen.