

Patienten-ID: _____

Persönliche Daten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Beruf: _____ Sportart: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Gesetzlich: Privat oder Zusatzversichert:

Welche der folgenden Erkrankungen oder Infektionskrankheiten haben oder hatten Sie?

- | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> | Lunge: | <input type="checkbox"/> | Asthma: | <input type="checkbox"/> | Augendruck: | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis: | <input type="checkbox"/> | Herz: | <input type="checkbox"/> | Haut: | <input type="checkbox"/> | Ohren: | <input type="checkbox"/> |
| Aids: | <input type="checkbox"/> | Darm: | <input type="checkbox"/> | Leber: | <input type="checkbox"/> | Magen: | <input type="checkbox"/> |
| Borellien: | <input type="checkbox"/> | Blase: | <input type="checkbox"/> | Nerven: | <input type="checkbox"/> | Galle: | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäule: | <input type="checkbox"/> | Gelenke: | <input type="checkbox"/> | Gürtelrose: | <input type="checkbox"/> | Nieren: | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

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

Pflaster: Duftstoffe:

Sonstiges: _____

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

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

Grund bzw. Anlass Ihres Besuches:

Derzeitige Therapien:

Aktuelle Preise entnehmen Sie bitte der Webseite - www.iabk.de. Den aktuellen Datenschutz entnehmen Sie dem Datenschutzblatt. Bei nicht einhalten Ihres Termines bitten wir um eine Absage, spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin. Ansonsten müssen wir Ihnen die Behandlungspauschale berechnen. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____