

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: _____ | | | | | | Schwangerschaft: | <input type="checkbox"/> |

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. Wir führen eine Bestellpraxis; bei Absagen weniger als 24 Stunden vorab berechnen wir gemäß § 615 BGB ein Ausfallhonorar. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Regelung ausdrücklich an. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____