


**BITTE VOR DER BEHANDLUNG AUSFÜLLEN:**

Patient:  
 (Titel; Name).....(Vorname).....geb.:.....

Versicherter  
 (Titel; Name).....(Vorname).....geb.:.....

Anschrift:(Straße).....(Telefon privat).....

(Postleitzahl).....(Ort).....(Handy - Nr.) :.....

Krankenversicherung:.....Beihilfeberechtigt:.....

Beruf:.....

Arbeitgeber:.....Telefon geschäftl.:.....

Anschrift Arbeitgeber:.....

**IM INTERESSE EINER KOMPLIKATIONSLOSEN BEHANDLUNG BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:**

Akute oder chronische Erkrankungen:.....

Kreislaufkrankungen (Herz):.....

Infektionskrankheiten:(Hepatitis, Tbc; HIV +, Aids).....

Innere Krankheiten:(Diabetes usw.).....

Überempfindlichkeit gegen Medikamente / Materialien:  
 .....

Schwangerschaft:.....Wenn ja, welcher Monat:.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein; - wenn ja, welche ?  
 .....

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung:.....

Empfohlen/Überwiesen durch:.....

Bei Verhinderung bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung (spätestens 24 Std. vorher), da sonst ungenutzte Zeit liquidiert wird (§§ 304, 615 BGB); pro versäumte Viertelstunde fallen pauschal 40,- Euro an.

Datum:.....Unterschrift:.....