

Allergien: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja Nein

Angina Pectoris Ja Nein

Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankungen/Hepatitis A/B/C Ja Nein

HIV/Aids Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Infektionserkrankungen (zB MRSA) Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/

Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) Ja Nein

Sonstige Erkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein

Epilepsie, Glaukom Ja Nein

Asthma Ja Nein

Tumor (Krebs) Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Familie Internet Sonstiges

Wir bieten den Service einer reinen Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihr Termin ausschließlich für Sie reserviert. Daher bitten wir Sie Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Möglichkeit diesen Termin anderen Patientinnen oder Patienten anzubieten. Absagen, die später erfolgen müssen wir Ihnen mit 152 €/Behandlungsstunde in Rechnung stellen. Ausnahme hierfür wäre z.B. Krankheit oder höhere Gewalt. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit diesen einverstanden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift des Patienten