

Aufnahmebogen:

Name: _____

Vorname: _____

Bei Kindern unter 18 J.
Namen der Eltern: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Zu welchen Tageszeiten sind Sie telefonisch i.d.R. gut erreichbar? Welche Nummer?

Zeiten: _____

Tel. / Fax: _____

Mobilnummer: _____

Email: _____

Hausarzt (mit Praxisort): _____

Krankenkasse:

Gesetzlich: Privatversicherung.: Zusatzversicherung:

Name der Krankenkasse: _____

Name der Zusatzversicherung: _____

Medikamente (auch Vitamine,
Mineralstoffe und Hormone
Pille etc.): _____

Chronische Krankheiten: _____

Gründe Ihres heutigen Besuchs: _____

Unverträglichkeiten / Allergien: _____

Operationen:
Welche? Wann? _____

Tätigkeit / Beruf:
(derzeit oder früher) _____

Kontakt zu Giften:(Spritzmittel,
Metalle, Dämpfe, Abgase,
Amalgamfüllungen) _____

Verletzungen / Unfälle:
Narben (auch kleinere)? _____

Psychische Belastungen:
(derzeit oder früher) _____

Schwere Infektionskrankheiten:
(derzeit oder früher) _____

Impfungen:
Welche? Wann? _____

Längere Auslandsaufenthalte: _____

Wann? Wo? _____

Dürfen wir Ihnen die Rechnungen per Mail senden: ja nein

Datum: _____

Unterschrift : _____