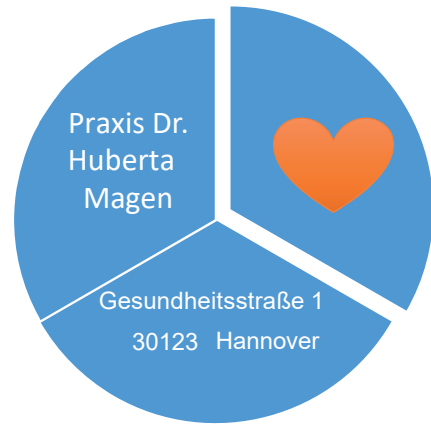


PATIENTENAUFNAHME

Bitte vor der Behandlung ausfüllen
und bei der Anmeldung abgeben!



Allgemeine Angaben

Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Gesundheitsbezogene Angaben

Raucher*in: ja nein

Schwangerschaft möglich: ja nein

Allergien/Unverträglichkeit gegen:

Medikamente: _____

Lebensmittel: _____

Materialien: _____

Sonstiges: _____

Erkrankungen

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Diabetes Typ 1 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Diabetes Typ 2 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Hypertonie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Hypotonie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Apoplex | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Magen-Darm-Infekte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 20. Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 21. Operationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Einverständniserklärung

Ort, Datum

Unterschrift