

- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ?
oder leiden an Blutgerinnungsstörungen? Ja O Nein O
- Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Endokarditis Ja O Nein O
- Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? Ja O Nein O
- Haben Sie Rheumatische Gelenkerkrankungen?
Wenn ja welche? _____ Ja O Nein O
- Leiden Sie an Nervenerkrankungen wie z.B. Epilepsie? Ja O Nein O
- Leiden Sie an Zuckererkrankungen? (Diabetes Typ I od II) Ja O Nein O
- Haben Sie eine Schilddrüsenunterfunktion? Ja O Nein O
- Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion? Ja O Nein O
- Leiden Sie an Osteoporose? Ja O Nein O
- Leiden Sie an Lebererkrankungen? (Gelbsucht) Ja O Nein O
- Haben oder hatten Sie infektiöse Krankheiten? (Hep., Aids, HIV, TBC)
Wenn ja welche? _____ Ja O Nein O
- Haben Sie Transplantate? (Stammzellen, Organe) Ja O Nein O
- Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja O Nein O
- Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder
Medikamente wie z.B. Antibiotika oder Schmerzmittel?
Wenn ja welche? _____ Ja O Nein O
- Rauchen Sie? Wie viel? _____
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____
- Mit welchem Hauptanliegen kommen Sie? _____
- Möchten Sie halbjährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden,
dann schicken wir Ihnen extra eine Postkarte zu? Ja O Nein O
Alternativ können Sie direkt einen Termin vereinbaren.

Liebe PatientInnen, wir sind eine reine Bestellpraxis geworden und reservieren somit für Ihre Behandlungen ausgesprochen Zeit für Sie. Eine **Terminabsage** sollte daher nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch **24 Stunden vor Behandlungsbeginn** telefonisch erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen privat gemäß §615 BGB (in Höhe von 100-350€) in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____