

**Anmeldung**

Name:.....Geb. Datum:.....

Adresse:.....

PLZ, Wohnort:.....

Telefon:.....Mobil:.....

Hausarzt:.....

Symptome, Erwartungen, Anliegen:

(Art der Beschwerden, Lokalisation, seit wann, gibt es zeitliche Zusammenhänge oder Aufeinanderfolgen der Symptome, welche Therapien haben bislang geholfen?)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Eigener Geburtsvorgang, falls bekannt (Kaiserschnitt, Zangen- oder Glockengeburt etc.):

.....  
.....

Impfungen, Impfschäden, inkl. Jahr:

.....  
.....

Operationen, inkl. Jahr:

.....  
.....  
.....  
.....

Zahnärztliche Eingriffe, inkl. Jahr:

.....  
.....

Unfälle, Stürze, Frakturen, Traumata etc., inkl. Jahr:

.....  
.....  
.....  
.....

Infektionskrankheiten, inkl. Jahr:

.....  
.....  
.....

Liegt eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden vor:

- Bandscheibenvorfall
- Kopfverletzungen, Schädelhirntrauma, Hirnblutungen
- Schleudertrauma
- HWS-BWS-LWS-Syndrom
- Rheumatischer Formenkreis
- Osteoporose
- Diabetes Mellitus
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthoch- oder unterdruck
- Augenkrankheiten
- Epilepsie
- Chronische Erkrankungen
- Depressionen, Psychosen
- Allergien

Tragen Sie Zahnersatz oder Kontaktlinsen? .....

Liegt eine Schwangerschaft vor? .....

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche: .....

- Blutverdünner, Blutdruckmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- Drogen, Alkohol

Meine Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absage.

Hiermit bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt, nicht wahrgenommene Termine, mir in Rechnung gestellt werden.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift