

Patient

Name..... Vorname.....
Straße..... PLZ..... Ort.....
Telefon..... Firma.....
Krankenkasse..... Empfohlen durch.....
Beihilfeberechtigt..... Beruf.....

Versicherter

Name..... Vorname.....
Straße..... PLZ..... Ort.....
Arbeitgeber.....

Erkrankungen

Infektionskrankheiten (Diabetes usw.)
.....
Arzneimittelüberempfindlichkeit.....
Schwangerschaft..... wenn ja, welcher Monat?.....
Sonstige Krankheiten.....
Falls Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, welche?.....
.....

Hinweis

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ich bin damit einverstanden, daß meine Behandlungsdaten auf Computer gespeichert werden.

Durch Injektion kann Fahrtüchtigkeit bis zu 6 Stunden beeinträchtigt werden.

Ich bin darüber informiert, daß sämtliche Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Versichertenkarte nicht eingereicht wird.

Unterschrift