

Patient

Vorname/Name: geb. am:

Adresse:

Tel./Fax: Tel./Fax geschäftl.:

Mobil/Provider: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

Empfohlen von:

Aufmerksam geworden durch: Internet Gelbe Seiten Telefonbuch

Privat versichert: ja nein Versicherung:

Gesetzlich versichert: ja nein Krankenkasse:

Beihilfeberechtigt: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein

Versicherter (nur ausfüllen falls anders als unter Patient angegeben)

Vorname/Name: geb. am:

Adresse:

Tel./Fax: Tel./Fax geschäftl.:

Mobil/Provider: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

Erkrankungen Bluthochdruck Medikamentenallergie
 Bluterkrankheit Sonstige Allergien
 Diabetes Schilddrüsenerkrankung
 Herzerkrankungen Sonstige Erkrankungen:
 Infektionskrankheiten
(AIDS, Tb, Hepatitis u.a.)

Nehmen Sie ja, und zwar

Medikamente ein? nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ja nein

Sind Sie schwanger? ja, im Monat nicht sicher nein

Name des Hausarztes: Tel./Fax:

Hinweis zum Datenschutz

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter