

Patient

Vorname/Name: geb. am:
Adresse:
Tel./Fax: Tel./Fax geschäftl.:
Mobil/Provider: E-Mail:
Beruf: Arbeitgeber:
Empfohlen von:
Aufmerksam geworden durch: Google Jameda Patientenempfehlung
 Andere:

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
 Blutverdünnung Sonstige Allergien
 Diabetes Schilddrüsenerkrankung
 Herzerkrankungen Sonstige Erkrankungen:
 Infektionskrankheiten
(Tb, Hepatitis,
HIV-Infektion u.a.)

Nehmen Sie Medikamente ein? ja, und zwar
 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

Ich willige ein, daß meine Daten ausschliesslich für interne Zwecke in der Praxis-EDV verarbeitet werden. Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter