



ANMELDUNG

PATIENT

Name:	Vorname:	Geburtsdag:
PLZ / Ort:	Telefon:	
Straße:		
Krankenkasse:		
Name des Mitgliedes:	Geburtsdag:	
Beruf des Mitgliedes:		
Beschäftigt bei:	Ort:	
Empfohlen durch:		

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufbeschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	
<input type="checkbox"/> Allergien (Asthma/Heuschnupfen)	<input checked="" type="checkbox"/> Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Arzneimittel-Überempfindlichkeit (z.B. Penicillin)	<input checked="" type="checkbox"/> Wer ist Ihr Hausarzt?
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (TBC, Gelbsucht, etc.)	
<input type="checkbox"/> Blutkrankheit, Blutungsneigung	<input checked="" type="checkbox"/> Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
<input type="checkbox"/> Magen/Darm	<input checked="" type="checkbox"/> Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Leberkrankheit	<input checked="" type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welcher Monat:
<input type="checkbox"/> Rheuma	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen	

DATENSCHUTZ

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie für sich bzw. Ihren Angehörigen in die Datenverarbeitung gemäß Datenschutzverordnung ein. Ein Merkblatt zur „DS-GVO“ können Sie gerne erhalten (siehe auch www.petschelt.de).

BITTE BEACHTEN SIE:

Sie sind nach einer örtlichen Betäubung verkehrsuntüchtig und dürfen selbst kein Fahrzeug lenken. Eine örtliche Betäubung kann in sehr seltenen Fällen eine Nervschädigung verursachen.

Lauf, den

Unterschrift des Patienten