

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT | MM | JJJJ)

Telefon/Mobilnummer

PLZ

Ort

Straße

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Ja

Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Schmerzmittel:

Ibuprofen

Diclofenac

Tramal

Tilidin

Morphine

andere:

Gerinnungshemmende Mittel:

Marcumar

Aspirin/ASS

Plavix

andere:

Sonstige Medikamente:

Bestehen oder bestanden Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten:

Hepatitis

HIV

Tuberkulose

andere:

Herz-Kreislauf-System:

Herzinfarkt

Herzfehler

Hoher Blutdruck

künstliche Herzklappe

Herzschmerzen (Angina pectoris)

Herzrhythmusstörungen

Herzschrittmacher

Gefäße:

Krampfadern

Durchblutungsstörungen

Lunge:

Asthma

chronische Bronchitis

Nerven:

Lähmungen

Depressionen

Nieren:

Nierenentzündung

hohe Kreatininwerte

Dialyse

Stoffwechsel:

Gicht

Schilddrüsenerkrankung

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Unverträglichkeiten:

Latex

Heuschnupfen, Asthma

Medikamente

Wenn Medikamenten-Unverträglichkeiten bestehen, gegenüber welchen Medikamenten?

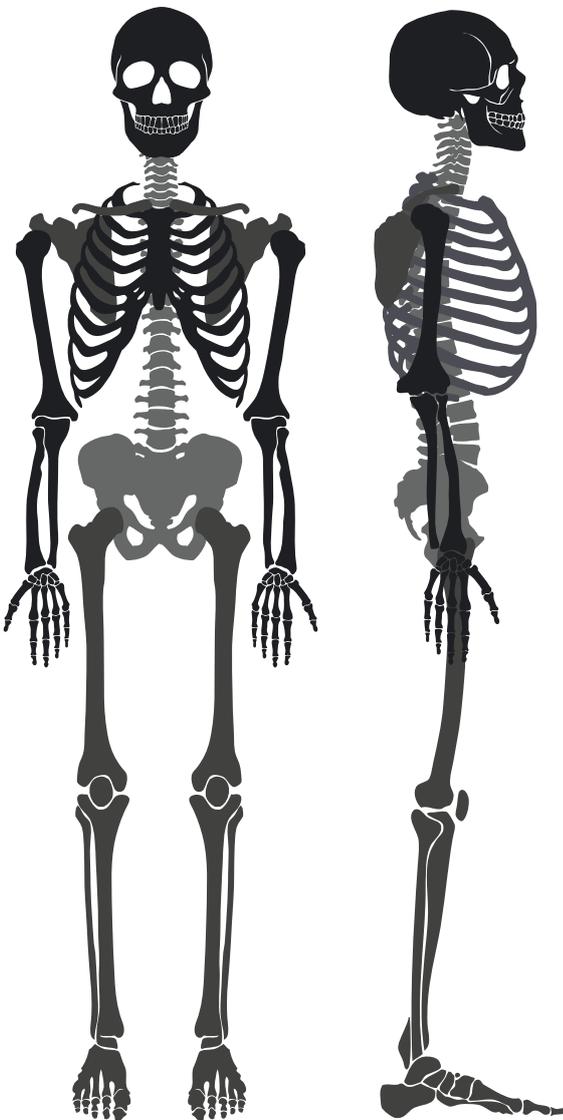
Wurden Sie schon an der Wirbelsäule operiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

Haben Sie Platzangst?

Ja Nein



Bitte tragen Sie in der nebenstehenden Grafik anhand eines Kreuzes oder Kreises ein, an welchen Stellen Sie Schmerzen haben.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mundwerbung

Internet

Telefonbuch

Arztempfehlung

Sind Sie:

verheiratet

ledig

geschieden

verwitwet

Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift