

Anmeldeformular

Die angegebenen Daten werden in Übereinstimmung mit der Datenschutzverordnung in unserem EDV-System gespeichert und verarbeitet.

Name:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Beruf:	Dienstgeber:	
Krankenkasse:	Vers. Nr:	
Versicherter:	Vers. Nr:	Geb.Dat:
Tel. Privat:		
Hausarzt:		
Zahn-Zusatzvers.:	E-Mail:	

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN	JA	NEIN
Haben Sie Spritzen immer gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutungsneigung (Blutverdünner, Bluter)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck: <input type="radio"/> zu hoch <input type="radio"/> zu niedrig		
Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzbeschwerden (angina pectoris, Herzinfarkt)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonelle Störung (zB Schilddrüsenerkrankung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oder andere ansteckende Krankheiten (Tuberkulose, Aids)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma/Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
<hr/>		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen an behandelnde Ärzte oder medizinische Einrichtungen weitergegeben werden. Ich erlaube Dr. Vecheruk und Dr. Zürcher als Praxisnachfolger von Dr. Steixner und Dr. Oberleitner Zugriff auf meine Patientenakte und deren Nutzung im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit. Ich nehme zur Kenntnis, dass für unentschuldigt versäumte Termine, je nach Dauer, bis zu €200.- verrechnet werden können.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------