



Anmeldung

Name **Vorname**

Anschrift **Geburtsdatum**

Telefonnr. **Handy**

Beruf **Email**

Hobby **Sport**

Sind bei Ihnen Diagnosen in folgenden Bereich gestellt worden:

Orthopädische Erkrankungen (z.B. Hüft TEP, Osteoporose, Rheuma, Bandscheibenvorfälle,..)

Neurologische Erkrankungen (z.B. Polyneuropathie, Nervenlähmung, Parkinson, Complexes regionales Schmerzsyndrom/ Sudeck, Chiari Malformation,..)

Internistische Erkrankungen (z.B. COPD, Arteriosklerose, Aneurysma, Thrombose, Schilddrüsenfehlfunktion, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Diabetes,..)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Cortision, Magensäureblocker,..)

Was sind Ihre Wünsche an die Therapie?

Sind Allergien bekannt? (z.B. Penicillin, Latex,..)

Sind Sie Beihilfeberechtigt? JA NEIN

Beachten Sie!

Vereinbarte Termine sind mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt dies, ist der Patient grundsätzlich verpflichtet, die vereinbarte Vergütung für die geplante Behandlung zu bezahlen, es sei denn, ihn trifft an der Versäumung des Termins keine Schuld. Dies muss der Patient nachweisen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit den Behandlungsbedingungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift
