Anmeldeformular

Privatpraxis: Kristin Adler

Name:	Vorname: _		Geb	. Datum:	
Straße:	PI	.Z/ Ort:			
Telefon/ Privat:		Geschäftlich	ı:		
Mobil:	Email:				
Zusatzversicherung für H	leilpraktiker:	_ ja/	nein		
Private Krankenkasse:		_ mit Beil	nilfe	ja	nein
Selbstzahlerleistung:	ja/ nein				
Mir ist bekannt, dass ic 24 Stunden vorher absa Außerdem bin ich hier wahrgenommene oder gestellt werden könner	agen muss. mit darüber inforn nicht rechtzeitig a	niert, dass u	ınentsch	uldigt nic	cht
Datum		Interschrift			

Angaben zur Person

Väyn ovgyä (o.	Gewicht:
Körpergröße:	Gewicht:
Familienstand:	
Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?	
Werden die Beschwerden/ Schmerzen durch Bewegun O besser, O schlechter, O kein Einfluss	ng
Treten die Schmerzen O in Ruhe, O nachts, O tags, O Wärme, O Kälte auf?	
Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinf O ja, O nein	lusst?
Was wurde bisher unternommen und welche Untersu eingesetzt?	chungsverfahren wurden bis jetzt
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Gibt es aktuelle Röntgenbilder oder Ergebnisse von Bl hat sie erstellt?	utuntersuchungen von ihnen? Wer
Haben Sie Allergien?	
Welche Operationen wurden bisher bei ihnen durchge	eführt und wann?
Sind Sie Raucher/ in? O ja, O nein	
Trinken Sie mehr als 2x/ Woche Alkohol? O ja, O nein	

Nehmen Sie zui	r Zeit regelmäßig	Medikamente?	Wenn ja welc	he? (Bitte ge	enaue Angabe	n
hierzu)						

Leiden Sie unter einer oder mehrerer folgender Erkrankungen? zutreffendes bitte ankreuzen

	ja	nein	seit wann
Herz- Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt)			
Bluthochdruck/ Schlaganfall			
Haben Sie Hepatitis A/B oder C			
Lungenerkrankungen			
Asthma			
Neurologische Erkrankungen			
Seelische Erkrankungen			
Diabetis Typ 1 oder 2			
Krebserkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Bluterkrankungen			
Erkrankungen des Verdauungssystems			
Rheumatische Erkrankungen			
Erkrankungen des Bewegungsapparates			
Hauterkrankungen			

Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?