

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, uns bereits vor der Untersuchung einige Angaben bezüglich Ihrer Vorgeschichte zu machen.

Name / Vorname: _____

Beruf: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

Besitzen Sie einen **Schwerbeschädigtenausweis**? Wenn ja, bitte nennen Sie den GdB (Grad der Behinderung) und das Merkzeichen. _____

Sind Sie derzeit **arbeitsunfähig** geschrieben? Wenn ja,

vom: _____

bis: _____

wegen: _____

von welchem Arzt: _____

Sind Sie auf irgendwelche Substanzen **allergisch**? Wenn ja, welche:

Haben Sie **wichtige chronische Erkrankungen** (z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, grüner Star, Magen-Darm-Erkrankungen usw.)?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Bitte nennen Sie **Unfälle, Operationen** und **Frakturen** mit Jahresangabe.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns notwendige Vorbefunde einholen bzw. Befunde an überweisende Ärzte schicken? Ja Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Informationen über Lokalanästhesie und Manualtherapie gelesen haben.

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Wir danken für Ihre Mühe.
Die Mitarbeiter der Praxis Dres. Schubert