



- Stoffwechsel:**  Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  Typ 1  Typ 2  
 Schilddrüsenerkrankung
- Skelettsystem/ Knochen:**  Osteoporose  
 Künstliche Gelenke seit wann? \_\_\_\_\_
- Atemwege:**  Asthma  COPD (chronische Bronchitis)  
 Tuberkulose
- Allergien:**  Nahrungsmittel  Antibiotika  Schmerzmittel  
 Jod  Latex  Metalle  
 Sonstige: \_\_\_\_\_
- Immunschwäche:**  Organtransplantation wann: \_\_\_\_\_  
 Tumor/ Krebs, wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_  
 Bestrahlung  Chemotherapie  HIV/ AIDS
- Nervensystem:**  Epilepsie  
 Depressionen/ Angstzustände

**Weitere Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig folgende Medikamente ein?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente  | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> Rheumamittel    |
| <input type="checkbox"/> Cortison  | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka  |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika: <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin                                |  |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate: <input type="checkbox"/> Zometa <input type="checkbox"/> Fosamax <input type="checkbox"/> Actonel |  |
| <input type="checkbox"/> Pamidronat <input type="checkbox"/> Bonviva <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                              |  |

**Medikamentenliste:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**

- Frühere Operationen wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Sind Sie schwanger? Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten ca. pro Tag? \_\_\_\_\_
- Alkoholkonsum  gelegentlich  regelmäßig wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_
- Drogenkonsum
- Stehen Sie unter Vormundschaft

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Lieber Patient, Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen gemäß §§ 611, 615 BGB eine Vergütung auf der Grundlage der einschlägigen Gebührenordnung (alternativ 80€/Stunde) in Rechnung gestellt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen bzw. es schuldhaft versäumt haben, diesen rechtzeitig abzusagen. Ihr Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 626 BGB) bleibt hiervon unberührt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_