

Personalien

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon P

Telefon G

Natel

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf

Krankenkasse Zusatz

Haben Sie eine Zusatzversicherung komplementär? ja nein

Hausarzt

Nehmen Sie momentan **Medikamente**? Welche?

Haben Sie **Allergien**? Welche?

Hatten Sie **Operationen**? Welche? Wann?

Hatten Sie Körperverletzungen nach einem **Unfall**? (Autounfall, Sportunfall, ect.)

Hatten Sie **Krankheiten**? Welche? Wann?

Treiben Sie Sport? Welche Art?

Machen Sie Muskelaufbau? ja nein

Wünschen Sie die Rechnung per E-Mail? (*Einverständniserklärung unterschreiben*) ja nein

Wie kamen Sie zu mir? Überweisung durch Arzt: Name?

..... Auf Empfehlung. Durch wen?

..... Telefonverzeichnis

..... Internet

..... andere, was?