

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** und/oder haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, bitte nennen Sie den GdB (Grad der Behinderung), das Merkzeichen und den Pflegegrad.

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

vom:

bis:

wegen:

von welchem Arzt:

Sind Sie auf irgendwelche Substanzen **allergisch**? Wenn ja, auf 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!

Ist eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden? Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen des Bevollmächtigten!

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