

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Adresse:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Email:

Telefonnummer:

Beruf:

Zuweisender Arzt:

Größe:

Gewicht:

Sport:

Stunden/Woche:

Ernährung:

Nikotin:

wie viele Zigaretten/Tag

seit wie vielen Jahren

seit wann aufgehört

Schlafstörungen:

Allergien:

Derzeitige Medikamente:

Blutverdünnung

(wie z.B.: Marcoumar, Plavix, Thrombo-Ass?):

Frühere Operationen, Gelenksprothesen, Implantate

(welche/Jahr):

Internistische Erkrankungen:

- Zuckerkrankheit
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt (Katheter, Stent, Bypass?)
- Schlaganfall
- Krebserkrankung
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüse
- Leber
- Magen
- Darm
- Niere
- Venen
- Parkinson
- Multiple Sklerose
- Epilepsie
- andere Erkrankungen

Erkrankungen in der Familie

Zuletzt durchgeführte Untersuchungen (Datum)

(Befund bitte mitbringen)

- EKG (Belastungs EKG?)
- Lungenröntgen
- Blutuntersuchung
- Magen-/Darmspiegelungen
- Mammographie
- Knochendichtemessungen
- Urologisch/gynäkologische Untersuchungen

Grund für Ihren Besuch:

Schmerzlokalisierung:

Schmerzskala (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Allgemeine Bedingungen:

- > Die Ordination motion>medical ist eine wahlärztliche und private Gesundheitseinrichtung. Dies bedeutet, dass wir Ihnen für unsere Leistungen eine detailliert aufgeschlüsselte Rechnung ausstellen, welche in bar zu begleichen ist. Diese Rechnung können Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen und in Abhängigkeit von Ihrer Versicherung kann Ihnen ein Teil der Kosten rückerstattet werden.
- > Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihrem Termin. Versäumte Zeit kann nicht nachgeholt werden und verkürzt daher Ihre Behandlungszeit
- > Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so ersuchen wir Sie, diesen spätestens 48 Stunden vorher abzusagen – ansonsten muss dieser Termin in Rechnung gestellt werden.
- > Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass eine eventuelle Benutzung des sensitive gardens und der Therapieräume außerhalb der Behandlungszeit eigenverantwortlich erfolgt und motion>medical keine Haftung für etwaige Schäden übernimmt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und die Anerkennung der allgemeinen Bedingungen

Datum

Unterschrift