

## BEHANDLUNGSBOGEN

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

## ADRESSE

Straße/Postfach: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM ALLGEMEINZUSTAND

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Operationen/Unfälle? Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt/Facharzt? Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR ABRECHNUNG

Selbstzahler (Barzahlung mit Quittung)

Beihilfeberechtigt

Heilpraktiker Zusatzversicherung

Private Krankenversicherung

Gesetzl. Krankenkasse

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Falls privat versichert, welcher Versicherungs-Tarif? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus. Nicht zutreffende oder nicht relevante Fragen brauchen nicht beantwortet werden.