

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum _____

PLZ/Wohnort/ _____

Straße: _____

Tel.-Nr.:Privat: _____ Handy: _____

E - Mail Adresse (ausschließlich private): _____

Krankenkasse: _____ Privat versichert bei: _____

Ausübter Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Dürfen kurze Infos / Termine über ihre angegebenen Optionen (Telefon / E-Mail) übermittelt werden? ja nein

E-Mails ersetzen keine Sprechstunde! Bei Kontaktaufnahme hierüber, bitten wir Sie sich kurz zu halten!

➔ Bitte immer die CD mitbringen!! Termine, wenn nicht benötigt absagen!!

Medizinische Informationen:

Jetzige Beschwerden, wo haben sie Schmerzen, seit wann?

(Stichworte): _____

Operation an der Wirbelsäule: _____ Bisherige Therapie: (z.B. KG/ Reha) _____

Herzschrittmacher/ Defi: ja nein Medikamentenpumpe: ja nein

Allergien: _____

Chron.Krankheiten: Diabetes Rheuma Herz-Kreislauf Erkrankung

Aktuelle Schmerzmedikation: _____

Antirheumatika: biologische DMARDs (Humira, Cimzia, Enbrel, Simponi, Remicade, Orencia...)

konventionelle DMARDs (Methotrexat, Leflunomid Sulfasalazin...)

„ Blutverdünner“: ASS, Clopidogel, Plavix Noaks (Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa) Marcumar

Datum: _____ Unterschrift: _____

Original an Patient/in ausgehändigt!