

DR. JAN OLIVIER ORTHOPÄDIE + CHIROPRAKTIK

Bernstorffstraße 174 22767 Hamburg **WEB** orthopaedie-olivier.de **MAIL** info@orthopaedie-olivier.de **TELEFON** 040 431 795 981

IHRE DATEN SIND SICHER. AUSKÜNFTE AN DRITTE BEDÜRFEN STETS EINER SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG!

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____

KONTAKTINFORMATIONEN

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Telefon _____

Email _____

RECHNUNGSADRESSE

SOLL DIE RECHNUNG AN EINE ANDERE ADRESSE GEHEN?

Adressat _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Ort _____

KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

Private Krankenversicherung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE!

DR. JAN OLIVIER ORTHOPÄDIE + CHIROPRAKTIK

Bernstorffstraße 174 22767 Hamburg **WEB** orthopaedie-olivier.de **MAIL** info@orthopaedie-olivier.de **TELEFON** 040 431 795 981

INFORMIEREN SIE UNS ÜBER IHREN GESUNDHEITZUSTAND

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie halten Sie sich fit?

Haben Sie Vorerkrankungen?

Wurden Sie operiert oder hatten schwere Unfälle?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Allergien bekannt?

Ihr Alter: _____ Ihre Körpergröße: _____ Ihr Körpergewicht: _____

Bitte kreuzen Sie „Ja“ an, wenn Folgendes zutrifft:

Sind Sie schwanger?	Ja: <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Tabletten gegen erhöhten Blutdruck oder erhöhte Blutfettwerte?	Ja: <input type="checkbox"/>
Hatten Familienangehörige einen Schlaganfall oder Herzinfarkt?	Ja: <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja: <input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Medikamente gegen Osteoporose?	Ja: <input type="checkbox"/>