



Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Name der Eltern (Kinder)/ des Ehemannes: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Natel: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Empfohlen durch: _____

Kostenträger: _____

JA NEIN

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja welche ?

--	--

Nehmen Sie jetzt oder haben Sie in den letzten 2 Jahren Bisphosphonate eingenommen?

--	--

(Osteoporose, Krebsbehandlung)

Leiden Sie an Herz- / Kreislaufstörungen?

--	--

Sind Sie antikoaguliert? (**Blutverdünnung**)

--	--

Haben Sie oder hatten Sie jemals:

Allergien, Asthma, Heuschnupfen, ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

--	--

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____

--	--

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit? (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS, etc.)

--	--

oder anderen ernsthaften Erkrankungen? (Diabetes, Rheuma, Epilepsie, Leber-, Nierenerkrankungen etc.)

--	--

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

--	--

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____