

# Formular für PatientInnen

---

Bitte ausgefüllt zum ersten Termin mitbringen.

Vorname:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
PLZ, Ort	
Telefon:	
Natel:	
E-Mail:	
Krankenkasse od. Unfallversicherung	
AHV-Nummer:	
Verordnender Arzt:	
Hausarzt:	

## Bei Unfall:

Schaden-Nummer:	
Unfalldatum:	

Beschreiben Sie kurz Ihre gesundheitlichen Beschwerden:

Haben Sie Schmerzen? Auf einer Skala von **0 bis 10** (max. Schmerz) wie hoch ist Ihr Schmerz?

**Info: Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24 Stunden vorher) werden privat in Rechnung gestellt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_