



Medicore Natur- und Sportheilpraxis Rafael Pilch

Spörerauer Str. 1 | 84174 Eching

Anmelde- und Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon (tagsüber): _____

PLZ und Ort: _____ Strasse: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung:

Privat: ja nein
Beihilfe: ja nein
Gesetzlich: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, damit wir uns ein Bild von Ihrer Gesundheit machen können:

- Beschreiben Sie in Stichworten Ihre Beschwerden:
- Bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden:
- Gesundheitliche Vorgesichte (alle „eingreifenden Ereignisse“ seit Geburt wie schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen, Schwangerschaften):
- Bestand oder besteht ein (bitte ankreuzen)

Krebsleiden

Herzleiden

Lungenleiden

AIDS

Osteoporose

Rheuma

Zuckerkrankheit

Bluthochdruck

Schwangerschaft

Verdauungsstörungen (Sodbrennen, Verstopfung, Reizdarm)

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?



Erklärung:

Terminänderungen /- absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen. **Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen eine Rechnung in Höhe von 60 €.** Preise die mir in Rechnung gestellt werden, gelten unabhängig von der Erstattung meiner Versicherungskasse.

Mit Ankreuzen dieses Kästchens und Absenden dieses Formulars erkläre ich mich mit den Bedingungen der Terminänderung / -absagen einverstanden.

Mit Ankreuzen dieses Kästchens und Absenden dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle personenbezogene Daten und Angaben unzugänglich für Dritte in der Praxis gespeichert werden können.

Wir bitten Sie, uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per Mail an info@medicore-praxis.de oder per Fax **08709 91 52 57** einzureichen. Vielen Dank.

Eching, den

Unterschrift