

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal behandeln zu können und Missverständnisse zu vermeiden, benötige ich einige Angaben zu Ihrer Person und Krankheitsgeschichte vor der ersten schmerztherapeutischen Behandlung. Dazu bekommen Sie wichtige Informationen zum Behandlungsablauf, Verhaltensweisen während der gesamten Behandlung und zur Kostenabrechnung.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, lesen Sie das Formular sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Das ausgefüllte Formular schicken Sie mir bitte unterschrieben per E-Mail, Fax oder Post zurück, oder bringen es zum ersten Behandlungstermin mit.

Name	_____	Vorname	_____
Wohnort	_____	Straße	_____
Geb.-Datum	_____	Beruf	_____
email	_____	Telefon	_____
Krankenkasse	_____	Private KV oder Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Hobbies/Sport	_____		

Gibt es zu Ihrem Schmerzzustand eine oder mehrere Diagnosen? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Seit wann haben Sie Ihre Schmerzen? _____

Wurden auf Grund Ihrer Schmerzen schon Therapien durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

bitte wenden...

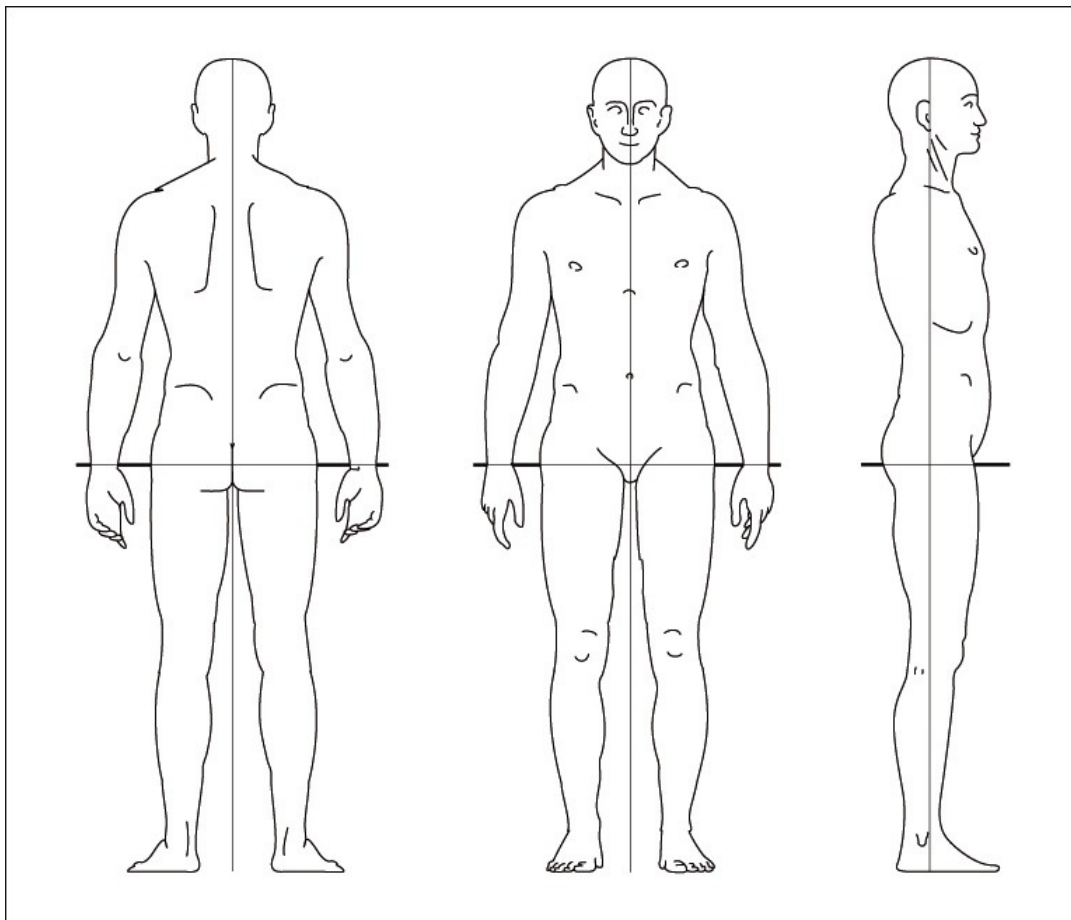
Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und woran _____

Zeichnen Sie bitte möglichst genau den Ort des Schmerzes ein (wenn möglich punktuell)



Die „wichtigen Informationen zur L&B Informationen für Patienten“ habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift