



Kérjük, töltsse ki az alábbi adatfelvételi és anamnézis lapot. Az adatokat szigorúan csak az ellátáshoz kapcsolódóan használjuk. Harmadik félnek nem adjuk ki azokat.

Név:

Születési hely, idő:

Anyja szül. neve:

Lakcím:

TAJ szám:

Telefonszáma:

Email címe:

A kezeléssel kapcsolatban előfordulhat, hogy email-en, sms-ben, illetve telefonon szeretnénk a kapcsolatot felvenni (röntgenfelvétel elküldése, időpontemlékeztető üzenet ...). Kérjük, engedje meg, hogy a rendelő a kezeléssel kapcsolatban felvehesse önnel a kapcsolatot.

beleegyezek ☐ nem egyezek bele ☐

Az alábbi kérdéseknél IGEN válasz esetén a megfelelők bekarikázásával, valamint a HIÁNYZÓ ADATOK KIEGÉSZÍTÉSÉVEL válaszoljon!

Van-e valamilyen betegsége? NEM ☐ IGEN:

magas vérnyomás	cukorbetegség	szívbetegség	infarktus 6 hónapon belül
vérzékenység	emésztőrendszeri (pl. reflux)	reumás/ízületi betegség	
csonttritkulás	vesebetegség	szembetegség	pajzsmirigybetegség
tüdőbetegség	idegrendszeri betegség (pl. epilepszia)	immunhiány	
fertőző betegség (pl. hepatitis)	pszichiátriai betegség	daganatos betegség	

EGYÉB a felsorolásban nem szereplő:



Korábban volt-e valamilyen műtéti beavatkozása? Mi? NEM ☐

Allergiás valamilyen gyógyszerre? Mire? NEM ☐

Dohányzik? Naponta mennyit? NEM ☐

Fogyaszt rendszeresen alkoholt? Naponta mennyit? NEM ☐

Szed-e gyógyszert?

NEM ☐

IGEN:

antibiotikum

vérnyomáscsökkentő

cukorbetegségre

szívbetegségre

véralvadásgátló

szteroid

nyugtató/altató

csontritkulásra

EGYÉB a felsorolásban nem szereplő:

Kap-e terápiásan (akár évente) valamilyen gyógyszeres/injekciós kezelést?

Van fémérzékenysége?

IGEN ☐ NEM ☐



Várandós jelenleg?

IGEN ☐ NEM ☐

EGYÉB fontos adat:

Amennyiben Egészségpénztári kártyával szeretne fizetni, kérem adja meg az alábbi adatokat:

Egészségpénztár neve:

Kártyán szereplő név:

Tagsági szám (mely a kártyán is szerepel):

Aláírásával elfogadja az *Általános Szerződési Feltételeket*, valamint igazolja, hogy megismerte az *Adatvédelmi tájékoztatót*. A dokumentumok megtalálhatók a váróban kihelyezve.

Dátum:

.....
Páciens aláírása