

Name:	Vorname:
Telefonnr.:	Handy-Nr.:
Größe:	Gewicht:
E-Mail-Adresse:	
Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung?	☐ Nein ☐ Ja ☐ 1Bett ☐ 2Bett
Besteht eine Wahlarztleistung?	Versicherung: _____ ☐ Nein ☐ Ja
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	☐ Nein ☐ Diabetes ☐ Grüner Star ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ HIV ☐ Sonstiges: _____
Seit wann haben Sie die Beschwerden?:	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	☐ Nein ☐ ASS ☐ Plavix ☐ Clopidrogrel ☐ Eliquis ☐ :
Allergien?	
Beruf:	
Hausarzt:	