

Untersuchungs-/Behandlungsauftrag

Patient: ...männlich ... weiblich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon/Natel:

Hausarzt:

Erkrankungen, Verletzungen und Operationen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Körperlicher Befund:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen verschwiegen oder unterschlagen habe, ausser ich habe keine nachweisliche Kenntnis über eine solche Erkrankung oder Verletzung. Es können keine rechtlichen, sowie finanziellen Ansprüche gegenüber der behandelnden Person geltend gemacht werden. Nebenwirkungen: Muskelkater, blaue Flecken, bei vorgeschädigten ist eine Rippenluxuation möglich.

Datum und Unterschrift: