

... die mit dem Lächeln.

Anmeldung

Patient Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Versicherter Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein Zusatzversicherung ja nein

Durch wen wurde unsere Praxis empfohlen? _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein Rheuma ja nein

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack? ja nein Gelbsucht, Lebererkrankungen wie Hepatitis ja nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein Tuberkulose ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich? _____ Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein Bestehen andere Erkrankungen? ja nein

Welche? _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall ja nein Welche? _____

Blutgerinnungsstörungen ja nein Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Asthma, Atemnot ja nein Welcher Monat? _____

Epilepsie ja nein Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Haben Sie eine Allergie? ja nein Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Datum, Unterschrift _____