



Anmeldung

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Tel.privat: _____ geschäftl.: _____ Handy: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

freiwillig versichert Zahn-Zusatzversichert
 pflichtversichert

Sind Sie in ärztl. Behandlung? Name des beh. Arztes _____ Tel.Nr.: _____

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Herz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Lunge (Asthma u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) Leber (Gelbsucht u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Niere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie ? _____

2. Leiden Sie an

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------------|
| a) Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| b) Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja welche? _____ |
| c) Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| d) Infektionskrankheiten
(Tbc, Aids, Hepatitis u.a.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja welche ? _____ |
| e) Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja welche ? _____ |

3. Hatten Sie Reaktionen nach zahnärztl. Spritzen ja nein

4. Besteht eine Schwangerschaft? ja _____ Monat ? nein

5. Empfohlen/überwiesen durch: _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit !

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift