

Um eine möglichst komplikationslose Behandlung durchzuführen, bitte ich Sie die Anmeldung sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel.:
Krankenkasse:
Beruf:
Arbeitgeber:
Anschrift (Arbeitgeber):
Tel.:
Versicherter (Name):
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ/Ort:

Haben Sie ein Bonusheft?

Ja Nein

Leiden Sie an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ja Nein

Herz- und Kreislaufbeschwerden,
wie z.B. Bluthochdruck, Ohnmachtsneigung?

Ja Nein

Allergien/Heuschnupfen/Asthma?

Ja Nein

Tuberkulose o. ä. Infektionskrankheiten?

Ja Nein

Viruserkrankungen wie Hepatitis, Aids, etc.?

Ja Nein

Blutkrankheit, Blutungsneigung, Marcumar?

Ja Nein

Diabetes?

Ja Nein

Leberkrankheit?

Ja Nein

Rheuma/Gicht?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung?

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wie alt ist eventuell vorhandener Zahnersatz?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Datum, Unterschrift