

Anmeldung

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name: _____	Vorname: _____
Wohnort: _____	Straße: _____
Geb.- Dat./ Ort/ Stunde: _____	Tel. privat: _____
Beruf: _____	Arbeitgeber: _____
Tel. dienstl.: _____	

Versicherung: _____	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Kassenversicherung: _____	Zahn-Zusatzversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geschäftsstelle: _____	Freiwilligversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei Familienversicherung Abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:	
Name: _____	Vorname: _____
Wohnort: _____	Straße: _____
Geb.- Dat.: _____	

Anschrift Ihres Zahnarztes bzw. derzeit behandelnden Zahnarztes: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen!

Haben Sie aus irgendwelchen Gründen einen Gesundheitspass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie irgendeine Allergie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test (AIDS) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals Gelbsucht/Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:		
• Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Blutgerinnungsstörung oder Blutbildveränderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Häufige Verdauungsprobleme oder Prostataerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Herz-/Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Magen-/Darm-Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine der folgenden Beschwerden :		
Rückenschmerzen/ Nackenschmerzen / Migräne /		
Ohrgeräusche(Tinnitus) / Schwindel ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen irgendwelche gesundheitlichen Risiken bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie heute Medikamente genommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie ständig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie innerhalb des letztes Jahres geröntgt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Bei wem ?		
Ist bei Ihnen schon einmal eine (Intubations-)Narkose durchgeführt worden ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Mit der Speicherung meiner Daten Zweck der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden!

Datum

Unterschrift

Unsere Praxis wurde empfohlen von _____