

Anmeldung

Patient

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: oder (Arbeitsstelle)

Krankenkasse: Beruf:

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben : (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche ?

.....

4. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja () Nein () Ungewiß ()

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern der Zahnbehandlungsschein nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Datum: Unterschrift: