

Anmeldeformular

1. Personalien

Ihre Angaben unterliegender selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Patient <small>(Name, Vorname)</small>	geb.:
Versicherter <small>(Name, Vorname)</small>	geb.:
Anschrift <small>(PLZ, Ort, Straße, Nr.)</small>	
Telefonnummer <small>(privat, geschäftlich)</small>	
Arbeitgeber <small>(Firma, Anschrift)</small>	
Beruf	
Krankenkasse	freiwillig versichert oder pflichtversichert ?
Zahnarzt:	Kieferorthopäde:
Hausarzt:	Hautarzt:

2. Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. unterstreichen)

Haben Sie zahnärztliche Spritzen bisher gut vertragen: ja **nein**

Haben Sie eine Herzerkrankung: Herzschwäche Rhythmus Angina pectoris Endokarditis **ja** nein
 Herzinfarkt (Jahr:.....) Herzfehler Herzschrittmacher künstliche Herzklappen Herzpaß

Haben Sie eine Kreislauferkrankung: hoher/niedriger Blutdruck Schlaganfall (Jahr:.....) **ja** nein

Haben Sie eine Organerkrankung: Leber Niere Magen-Darm Lunge (Asthma) Auge **ja** nein
 Nervensystem/Hirn (z.B. Epilepsie, Krämpfe) Schilddrüse

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung od. eine Bluterkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes) **ja** nein
 Gerinnungsstörung/Blutungsneigung Blutarmut

Haben Sie eine Infektionskrankheit: Gelbsucht (Hepatitis) AIDS Tuberkulose andere:..... **ja** nein

Sonstige Erkrankungen (z.B. Suchterkrankung): **ja** nein

Haben Sie Allergien? (Bitte Allergiepäß vorzeigen)..... **ja** nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? **ja** nein
.....

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (ASS, Marcumar, Plavix, Ticlopidin, Tyclid, etc.) **ja** nein

Rauchen Sie? nein **ja** (Päckchen pro Tag.....) **Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** nein **ja**

Sind oder waren Sie drogenabhängig ? **ja** nein

Wurde bei Ihnen schon einmal Krebs diagnostiziert ? (wo?.....) **ja** nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger ? (Welcher Monat ?.....) **ja** nein

Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, daß Sie danach nur eingeschränkt fahrtüchtig sind.

Die Praxis behält sich vor, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen (Betriebskosten und Honorarausfall).

Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben:

Datum und Unterschrift: