

Anmeldeformular



Patient:
 Name Vorname Geb.Datum Geb.Ort

Versicherter:
 Name Vorname Geb. Datum Geb.Ort

Anschrift:
 Str./Nr. PLZ/Ort Tel.Nr.

Beruf: Krankenkasse:

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit wir für Ihre Behandlung die geeigneten Verfahren und Medikamente angepasst an Ihre Wünsche und Ihren Gesundheitszustand auswählen können. Sollten Sie beim Ausfüllen Fragen haben, helfen wir Ihnen gern. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an:	Ja	Nein	Bemerkungen
-Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-anderen Krankheiten (Diabetes, Schilddrüse, Asthma, Migräne, Epilepsie, Glaukom, Osteoporose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids, usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Überempfindlichkeiten / Allergien (Medikamente, Lebensmittel, Materialien, sonstiges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie?			
- Zahnfleischbluten / -probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Mundgeruch / schlechten Geschmack?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- empfindliche / lockere Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Kiefergelenksbeschwerden (Knacken, Knirschen, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe/-stellung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.
 Datum Unterschrift