

Patienten-Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

zahn
implantat



Persönliche Angaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Krankenkasse:

Private Versicherung/

Beihilfe

Zusatzversicherung:

Basistarif

E-Mail:

Hausarzt:

Überweisender Arzt:

Praxisservice: Recall-System per Postkarte (Für Stammpatienten)

Wünschen Sie eine
halbjährliche
Erinnerung an den
Vorsorgetermin?

Ja

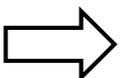
Nein

Termine

Unsere Praxis ist eine Bestell-/ Terminpraxis, d.h. um für Sie unnötige Wartezeiten zu vermeiden, vereinbaren wir mit Ihnen individuelle, feste Behandlungstermine.

Diese Termine sind *nur* und ausschließlich für Sie reserviert. Bei versäumten Terminen bzw. nicht 24h vorher abgesagten Terminen, haben wir keine Gelegenheit, die bereits reservierten Zeiten erneut zu vergeben.

Daher bitten wir Sie ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, mind. 24h vorher abzusagen.



Hoher Blutdruck: Ja Nein

Niedriger Blutdruck: Ja Nein

Bluterkrankung: Ja Nein

Welche?

Herzerkrankung: Ja Nein

Welche?

Diabetes: Ja Nein

Rheuma: Ja Nein

Schlaganfall: Ja Nein

Epilepsie (Anfallsleiden): Ja Nein

Asthma: Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung: Ja Nein

Nierenerkrankung: Ja Nein

Tumorerkrankung/ Krebs: Ja Nein

Organ:

Gelbsucht: Ja Nein

Hepatitis: Ja Nein

Welche?

Immunschwäche (Aids): Ja Nein

Allergien/ Medikamenten-
unverträglichkeit: Ja Nein

Welche?

Bestehen sonstige

Erkrankungen? Ja Nein

Welche?

Nehmen Sie zurzeit

Medikamente ein? Ja Nein

Welche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Ca. _____ St./ Tag

Für Frauen:

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Monat: _____

Sonstige Angaben:

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

.....

Datum, Unterschrift