ANMELDUNG

Zu Ihrer eigenen Sicherheit und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung möchten wir Sie bitten, dieses ANMELDEFORMULAR auszufüllen. Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien :

Patient : .....

Name Vorname geb. am

Versicherter :.....

Name Vorname geb. am

Anschrift : .....

Straße Nr. Ort

.....

Telefon privat Telefon berufl.

Krankenkasse : .....

pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ private Zusatzversicherung ☐

beihilfeberechtigt ☐

empfohlen durch : .....

Gesundheitsfragebogen :

Der Fragebogen besteht aus zwei Abschnitten: Die Fragen 1-5 dienen der Risikoabklärung. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten die Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit gewissenhaft.
Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, so fragen Sie uns einfach.

	Ja	Nein
1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an		
a) Herz / Kreislauf	☐	☐
angeborene oder erworbene Herzfehler	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Herzklappen (Herzklappenprothesen)	☐	☐
Blutdruck	☐	☐
zu hoher Blutdruck ☐ zu niedriger Blutdruck ☐		
b) Gefäßen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Thromboseneigung	☐	☐
c) Blutgerinnung	☐	☐
d) Lunge (Asthma u.a.)	☐	☐
e) Niere	☐	☐
f) Leber	☐	☐

- bitte wenden –

	Ja	Nein
2. Leiden Sie an		
a) **Diabetes** (Zucker)	☐	☐
b) **Anfallsleiden** (z.B. Epilepsie)	☐	☐
c) **Allergien**	☐	☐
wenn ja, welche?		
Besitzen Sie einen Allergiepaß?	☐	☐
d) **rheumatischen Erkrankungen**	☐	☐
e) **grünem Star** (Glaucom)	☐	☐
f) **Schilddrüsenüber-/ unterfunktion**	☐	☐
g) **Infektionskrankheiten** (Hepatitis A,B,C, Tbc, HIV)	☐	☐
h) **Tumorerkrankungen**	☐	☐
i) **Medikamentenunverträglichkeiten**	☐	☐
wenn ja, welche?		
j) **Kopf- und / oder Nackenschmerzen**	☐	☐
k) **Tinnitus / Schwindel**	☐	☐
l) **Migräne**	☐	☐
m) **Rückenschmerzen**	☐	☐
3. Besteht eine Schwangerschaft	☐	☐
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	☐	☐
wenn ja, welche?		
5. Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Hausarzt:		

Den folgenden Abschnitt brauchen Sie nur dann auszufüllen, wenn Sie ein Interesse an umfassender und systematischer Zahnbehandlung sowie der konsequenten Verhinderung weiterer Zahnerkrankungen haben.

6. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten und möchten es vermeiden?	☐	☐
7. Möchten Sie, daß wir Sie über neue Erkenntnisse im Bereich der Zahnpflege informieren?	☐	☐
8. Wünschen Sie eine Aufklärung über das Programm der professionellen Individualprophylaxe?	☐	☐
9. Möchten Sie an unserem Recallsystem teilnehmen und eine schriftliche Terminerinnerung erhalten? (nach 3 6 9 12 Monaten)		

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

....

(Ort, Datum) (Unterschrift)