Zahnarztpraxis
Bernd Körper
9. September 2015

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

_____

Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
_____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____
Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____
_____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen Allergiepass? O
Haben Sie Herz-/Kreislauferkrankungen? O
Wenn ja, welche? _____
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc? O
Welche? _____
Sind Sie HIV positiv O
Haben Sie Hepatitis B O
Haben Sie Hepatitis C O
Nehmen Sie Medikamente für die Blutgerinnung ein?
Wenn ja, welche?_____
Andere Medikamente?_____
Haben Sie Diabetes? O
Haben Sie eine Schildrüsenerkrankung? O
Haben Sie eine Magen-/Darm-/Nierenerkrg? O
Leiden Sie an Migräne? O
Haben Sie Asthma? O
Wer ist Ihr Hausarzt?_____

Besteht eine Schwangerschaft? O

Wichtige Information

* Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
* Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
* Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

_____ _____
Datum Unterschrift