

Anmeldung mit Anamnese

Patient:

Vorname: _____ Name: _____
Straße: _____ Tel.: / Mobil: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Email: _____
Geb-Datum /Ort: _____ Beruf: _____

Privat versichert: ja nein **Gesetzlich versichert:** ja nein
Versicherung: _____ Krankenkasse: _____
Beihilfeberechtigt: ja nein Zusatzversicherung: ja nein

Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter:

Vorname: _____ Name: _____ Geb-Datum: _____
Straße: _____ Tel.: / Mobil: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Erkrankungen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> künstl. Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler / Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall _____ Jahr | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (HIV, TbC, Hepatitis, etc.): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | | |

Rauchen Sie? ja nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol ja nein

Covid19 Impfung ja nein letztes Impfdatum: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja welche: _____

Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja nein
Wenn ja welchen: _____

Besteht eine Antibiotikaallergie? ja nein
Wenn ja welches: _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt: _____

Sind Sie schwanger? ja, im _____ Monat nein

Möchten Sie an unserem Recallsystem teilnehmen? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Wünschen Sie eine spezielle Behandlung:

- Professionelle Zahnreinigung
- zahnfarbene Füllungen
- Implantate
- Systematische Parodontitisbehandlung
- Prothetik
- Wünschen Sie nur eine Behandlung z. Z. vorhandener Beschwerden?

Achtung: Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift
