

# Anmeldeformular

Patient

Name, Vorname

geb. am

E-Mail:

Mitglied

Name, Vorname

geb. am

Tel:

Anschrift

Strasse

PLZ

Wohnort

Handy:

Versichert bei

Beruf/Arbeitgeber

Telefon/Fax

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

[ ] ja [ ] nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Adresse, Telefonnummer

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien (Penicillin, Heuschnupfen, Latex, etc.)?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

[ ] ja [ ] nein

Leiden Sie an:

Herzschwäche?

[ ] ja [ ] nein

Asthma?

[ ] ja [ ] nein

Kreislaufbeschwerden?

[ ] ja [ ] nein

zu niedrigem Blutdruck?

[ ] ja [ ] nein

zu hohem Blutdruck?

[ ] ja [ ] nein

HIV (Aids)?

[ ] ja [ ] nein

Hepatitis (Gelbsucht)?

[ ] ja [ ] nein

Diabetes?

[ ] ja [ ] nein

Schilddrüsenerkrankung?

[ ] ja [ ] nein

Rheuma?

[ ] ja [ ] nein

Sonstige Erkrankungen:

Neigen Sie zu:

Ohnmacht?

[ ] ja [ ] nein

Nachblutungen?

[ ] ja [ ] nein

Besteht eine Schwangerschaft?

[ ] ja [ ] nein

wenn ja, welcher Monat?

Wann wurden Sie im Bereich Kopf/Kiefer das letzte Mal geröntgt?

Wünschen Sie zum Bohren eine Spritze?

[ ] ja [ ] nein

Durch wen wurden Sie überwiesen/empfohlen?

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtiige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterleitung einem Kollegen zu übergeben.

Datum

Unterschrift