

ANMELDUNG

_____ Patient: Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Versicherter: Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Ort	
_____ E-Mail Adresse	_____ Telefon	_____ Mobiltelefon
_____ Beruf	_____ Krankenkasse / -Versicherung	_____ Pflegegrad

Grund Ihres Zahnarztbesuches:

Kontrolluntersuchung

Schmerzbehandlung

Empfohlen durch: _____

JA NEIN

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Sind Sie freiwillig versichert

Ich bin besonders interessiert an folgenden Leistungen:

Karies- und Parodontitisprophylaxe

Zahnfarbene Füllungen

Hochwertigen Zahnersatz

Implantate

ANAMNESE

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand:

	JA	NEIN	
Bestehen Erkrankungen bei Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wogegen? _____
Bestehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Bestehen Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behandlung mit Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endokarditisprophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte an Termine erinnert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte meine Rechnung digital erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift