



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient:

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>	Geb.Ort:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Gesetzlich versichert:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung: ja nein

Privat versichert:

Versicherung:

Beihilfeberechtigt: ja nein

Sondertarif mit Leistungsbeschränkungen
(Basis- oder Standard-Tarif) ja nein

Versicherter, wenn Patient über andere Person mitversichert (z.B. Ehepartner oder bei Kindern ein Elternteil)

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>	Geb.Ort:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> höheres Blutungsrisiko	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten: Hepatitis(a-b-c), Tuberkulose, HIV

Allergien:

sonstige Erkrankungen:

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel

Osteoporose ein? (Bisphosphonate enden häufig mit der Silbe „-dronat“) ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(ggf. Medikationsplan vorlegen)

Alkohol- oder Drogenabhängigkeit ja nein Rauchen Sie? ja nein

Wann erfolgten die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne:

Besitzen Sie einen Röntgennachweis?

Sind Sie schwanger? nein Ja, im . Monat bin nicht sicher

Ihr Hausarzt:	Name	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
vorheriger Zahnarzt:	Name	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

Hinweise zur Krankenversichertenkarte

Wenn Sie Ihre Krankenversichertenkarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnen müssen.

Hinweis zur Terminvereinbarung

Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können.

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten Ihrer Gesundheitskarte werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Lichtenau, den _____

Unterschrift Patient _____

(bzw. gesetzlicher Vertreter)