

A N M E L D U N G

Patient:

Titel Familienname Vorname

Geb.Datum:

Versicherungsnummer

Adresse:

PLZ Ort Straße Hausnummer

Telefon:

Privat Firma

Beruf:

Firma:

Name Adresse

Krankenkasse:

_____ selbstversichert mitversichert

Versicherter:

Familiennamen Vorname

Geb.Datum:

Versicherungsnummer

Adresse:

PLZ Ort Straße Hausnummer

Sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die unten angeführten Fragen sorgfältig, denn nur dann kann ich für Sie die **geeignetste** Behandlung auswählen. Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an! Alle Angaben sind **vertraulich** und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht!**

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Penicillin-Allergie | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Tbc usw.) | |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden (Infarkt) | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenentzündung | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Röntgen- oder Radiumtherapie | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Kortisontherapie | |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher | <input type="checkbox"/> Bluter | |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsmedikamente: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Biophosphonate im Rahmen einer
Krebserkrankung (multip.Myelom,
Brustkrebs, Prostatakrebs) od. bei
Osteoporose | <input type="checkbox"/> AIDS | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Frauen: besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?
Geburtstermin: _____ | |

Wie oft bürsten sie Ihre Zähne? _____ Blutet dabei das Zahnfleisch? ja nein wenig
Sind die Zähne empfindlich auf kalt heiß beim Kauen ?
Knirschen Sie mit den Zähnen? nachts am Tage oder ständig

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnbehandler? _____
Welche Wünsche oder Beschwerden haben Sie jetzt? _____

Datum

Unterschrift