



Anmeldeformular

Patient			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Mitglied			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Anschrift			
PLZ	Ort	Straße	Telefon
Arbeitgeber		Beruf	
Sind Sie Beihilfe berechtigt?		Wem verdanken wir Ihre Empfehlung?	

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem? Wenn ja, welches? **Ja** **nein**

Bluten (heilen) bei Ihnen Schnittverletzungen länger als normal? **Ja** **nein**

Nehmen Sie Beruhigungsmittel? **Ja** **nein**

Stehen Sie zur Zeit in sonstiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? Name, Rufnummer des Arztes? **Ja** **nein**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? **Ja** **nein**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche, aus welchem Grund? **Ja** **nein**

Für weibliche Patienten: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Wir bitten um unmittelbare Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt! **Ja** **nein**

Leiden Sie an einer Erkrankung, die zur Zeit nicht behandelt wird? Wenn ja, Erläuterung: **Ja** **nein**

Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate eine Röntgenuntersuchung oder eine Röntgenbestrahlung durchgeführt? Wenn ja, aus welchem Grund? **Ja** **nein**

Wünschen Sie, grundsätzlich mit örtlicher Betäubung behandelt zu werden? **Ja** **nein**

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen durchgemacht: Gelbsucht (Hepatitis) TBC, Allergie, - Wenn ja, wann? **Ja** **nein**

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, daß für Sie keine (oder fast keine) Wartezeiten entstehen und wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf für Sie zu Verfügung stehen. Bitte unterstützen Sie uns dabei, indem Sie möglichst 24 Stunden vorher absagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können,

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenüberempfindlichkeit? **Ja** **nein**

Datum

Unterschrift