



ANMELDUNG

Patienten, die neu in Behandlung treten werden gebeten folgende Angaben zu machen.

(Angaben bitte in Blockschrift eintragen)

Die Information unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht

Name des Patienten Vorname geb. am

Name des Hauptversicherten Vorname geb. am

Anschrift Telefon

Beruf E-Mail

Krankenkasse Gesetzlich Privat Selbstzahler

Wer ist der Überweiser? Selbstzuweisung

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt?

Folgende für die Diagnose und Therapie wichtige Fragen bitten wir Sie zu beantworten:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, wegen welcher Krankheit:

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

Gibt es einen Medikamentenplan?

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Medikamente?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer aus den letzten 6 Monaten vorhanden?

Leiden Sie an:

Herz-Kreislaufkrankungen?

hohem Blutdruck?

Diabetes Mellitus?

Lebererkrankungen?

Hepatitis?

HIV/AIDS?

Neigen Sie zu Krampfanfällen/Epilepsie?

Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters