



ANMELDUNG 1/2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten und für unsere Verwaltungsarbeit, bitten wir Sie um einige Informationen. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Zu Ihrer Person

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon privat	Handy
Arbeitgeber	
Beruf	Telefon dienstlich
Kassenversicherung, Geschäftsstelle	
Ich bin zahnzusatzversichert <input type="radio"/>	
Name und Anschrift Ihres Hausarztes bzw. Ihres derzeit behandelnden Arztes	

Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name	Vorname	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Geburtsdatum	Beruf	Arbeitgeber
Geburtsort		

Zur Ihrer medizinischen Vorgeschichte

Haben Sie eine Allergie? nein ja Welche? _____

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test (AIDS) durchgeführt? nein ja, positiv negativ

Hatten Sie jemals Gelbsucht/Hepatitis? nein ja, A B C

Hatten Sie jemals Tuberkulose? nein ja, im Jahr _____



ANMELDUNG 2/2

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

- Asthma nein ja
Blutgerinnungsstörung / Blutbildveränderung nein ja, Quickwert / INR _____
Bluthochdruck nein ja
niedriger Blutdruck nein ja
Herz-/Kreislaufbeschwerden nein ja
Diabetes nein ja, Zuckerwerte _____
Epilepsie nein ja
Magen-/Darmerkrankung nein ja
Nierenerkrankung nein ja
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion nein ja
Prostata-Erkrankung nein ja
Grüner Star nein ja
Rheuma nein ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe? nein ja, seit _____

Hatten Sie einen Herzinfarkt? nein ja

Haben Sie heute ein Schmerzmittel genommen? nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja Welche? _____

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt? nein ja, bei _____

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? nein ja

Für Frauen: sind Sie schwanger? nein ja, in Woche _____

Haben Sie Angst vor einer Spritze? nein ja

Praktische Fragen

Haben Sie Interesse an einer besonderen Prophylaxe? nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Anzeige Internet Sonstiges, und zwar _____

Wie möchten Sie gern an Ihre Termine in unserer Praxis erinnert werden?

- per Telefon per E-Mail

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift