

Anmeldebogen

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein privat vers. ja nein

beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Kreislaufs ja nein Nieren ja nein Leber ja nein

Gelenke (Rheuma) ja nein Schilddrüse ja nein Wirbelsäule ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck ja nein Diabetes ja nein Epilepsie ja nein

Niedrigen Blutdruck ja nein Osteoporose ja nein Grünen Star ja nein

Zahnfleischbluten ja nein Tuberkulose ja nein HIV (Aids) ja nein

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) ja nein Krankenhauskeim (Hospitalismus) ja nein

Ohrensausen ja nein Hepatitis ja nein Wenn ja, welcher Typ? A B C

Gelenkprothese ja nein Wenn ja, wo genau? _____

Allergien ja nein Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

Stents Bypass Herzschrittmacher Herzinfarkt

Herzklappenentzündung künstliche Herzklappe Angina Pectoris

Anmeldebogen

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Schwangerschaft: Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss: Knirschen Sie? ja nein Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen: _____

Datum _____ **Unterschrift** _____

Sie können die Datenschutzerklärung auf unserer Website einsehen: www.zahnexperten-wunstorf.de.