

## Anmeldung

---

**Patient:** Name  Vorname  Geburtsdatum

---

Geburtsname  Geburtsort

---

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon privat

---

Handynummer  E-Mail  Telefon beruflich

---

**Versicherter:** Name  Vorname  Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?    Nein     Ja, und zwar für:

---

Sind Sie beihilfeberechtigt?    Nein     Ja

---

Beruf  Arbeitgeber

---

Durch wen wurden Sie empfohlen? / Wer ist der überweisende (Zahn-) Arzt?

---

<p>Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich <u>spätestens 24 Stunden vorher</u> absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.</p>
---

**Anamnese/ Gesundheitsfragen**

**JA**

**NEIN**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Tragen sie ein künstliches Gelenk (Endoprothese)? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten/ Mundgeruch?

**Hatten oder haben sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Asthma, Atemnot

Herz-Kreislaufferkrankung  
Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzpass?

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Osteoporose

Rheuma

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen/ Blutverdünnung

Haben sie Allergien/Unverträglichkeiten?  
Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?

Haben oder hatten sie eine bösartige Erkrankung?  
Welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxismachfolger weitergegeben werden.

Ja, Ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden