

ANMELDUNG

Familienname Vorname

Geb.-Datum Beruf Tel. Firma

Tel. privat Tel. mobil e-mail

Wohnadresse

Krankenkasse Vers.- Nr.

Empfohlen / überwiesen von

Dienstgeber.....

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen genau. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. In Ihrem Interesse bitte ich Sie, auch zukünftig gesundheitliche Veränderungen oder die Einnahme von Medikamenten spontan zu melden.

	Ja	Nein
	(Bitte ankreuzen)	
Waren Sie während der letzten 12 Monate im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahmen Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie überempfindlich (allergisch) auf Nahrungsmittel, Medikamente, Spritzen oder Latex (Gummi)? Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit langem Bluten? Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?		
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Atemorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine andere ernsthafte Erkrankung z.B. Hepatitis A, B oder C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen HIV-Test machen lassen? Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für weibliche Patienten:		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat?		
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift

.....

.....