

Um eine möglichst komplikationslose Behandlung durchzuführen, bitte ich Sie, die Anmeldung sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

|                      |  | Ja                       | Nein                     |
|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Name:                |  |                          |                          |
| Vorname:             | Haben Sie ein Bonusheft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Straße:              | Leiden Sie an... (Zutreffendes bitte ankreuzen)                            |                          |                          |
| PLZ/Ort:             | Herz- und Kreislaufbeschwerden, wie z. B. Bluthochdruck, Ohnmachtsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tel:                 | Allergien/Heuschnupfen/Asthma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E-Mail:              | Tuberkulose o.ä. Infektionskrankheiten?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse:        | Viruserkrankungen wie Hepatitis, Aids etc.?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versicherter (Name): | Blutkrankheit, Blutungsneigung, Marcumar?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geb.-Datum           | Diabetes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Straße:              | Leberkrankheit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PLZ/Ort:             | Rheuma/Gicht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | Schilddrüsenerkrankung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | Sonstige Erkrankungen?   |                          |                          |
| Datum, Unterschrift  | Wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?   |                          |                          |
|                      | Wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      | Wie alt ist eventuell vorhandener Zahnersatz?                              |                          |                          |
|                      | Wer ist Ihr Hausarzt?  |                          |                          |
|                      | Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |