

Anmeldebogen mit Gesundheitsfragen

Zahnarztpraxis
Jörg
Terliesner



Vor Pastors Busch 1
48683 Ahaus

Tel. 0 25 61 / 88 77
Fax 0 25 61 / 88 78

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift (Straße/ Hausnummer/PLZ/Ort) _____

Telefonnummer _____ Mail _____

Beruf* _____ Arbeitgeber * _____

Krankenkasse/ Name des Kostenträgers _____

Sind Sie pflichtversichert? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie privat versichert? ja nein

Sie Sie freiwillig versichert? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung ja nein

Über wen sind Sie Krankenversichert?

Name _____ Vorname _____ Anschrift _____ Geburtsdatum _____

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> HIV-Infektion |
| <input type="radio"/> TBC | <input type="radio"/> Leberkrankheit | <input type="radio"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | |

Leiden Sie unter einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie je einen

Schlaganfall? ja nein

Herzinfarkt? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch

Nehme Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Adresse

Telefon

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Zahnschmerzen Zahnfleischprobleme Beratung

Zahnlockerung Kiefergelenkschmerzen Kontrolle

zweite Meinung Zahnreinigung andere Gründe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Familie/ Bekannte Telefonbuch Internet

Sonstige _____

Datum

Unterschrift

* freiwillige Angabe