

Anmeldebogen



Dr. Dr. Dr. med. dent.
Gerd Quaty, M.A.

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum und -ort

Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum und -ort

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon mobil Telefon privat Email-Adresse

Krankenkasse Beruf

Arbeitgeber: _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers

Hausarzt: _____
Name und Anschrift des Hausarztes

=====

Für die Behandlung benötige ich die nachfolgenden Angaben! Leiden Sie an:

		Ja	Nein
Herzerkrankung:	Herzschwäche (Insuffizienz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	zu hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Mittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung:	Zuckerkrankheit (Diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenunterfunktion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenüberfunktion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptische Anfälle/Krämpfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Penizillin-Überempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen _____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A,B oder C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche ?		
	Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: _____

Ich werde hiermit ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass dem behandelnden Zahnarzt vor jeder Behandlung eine neue Krankheit, die in der letzten Zeit aufgetreten ist, mitzuteilen ist.

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Sind Sie schwanger? (Welche Woche? _____)

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Termin bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher absagen, da wir Ihnen die Ausfallkosten sonst privat in Rechnung stellen müssen!

Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich bitte Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.