A N M E L D U N G

Patient: _____
Titel Familienname Vorname

Geb.Datum: _____
Versicherungsnummer

Adresse: _____
PLZ Ort Straße Hausnummer

Telefon: _____
Privat Firma

Beruf: _____

Firma: _____
Name Adresse

Krankenkasse: _____ **selbstversichert** ☐ **mitversichert** ☐

Versicherter: _____
Familienname Vorname

Geb.Datum: _____
Versicherungsnummer

Adresse: _____
PLZ Ort Straße Hausnummer

Sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die unten angeführten Fragen sorgfältig, denn nur dann kann ich für Sie die **geeignetste** Behandlung auswählen. Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an! Alle Angaben sind **vertraulich** und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**!

- ☐ Kreislaufbeschwerden
- ☐ Hohen Blutdruck
- ☐ Herzbeschwerden (Infarkt)
- ☐ Rheumatismus
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Hepatitis (Gelbsucht)
- ☐ Diabetes (Zucker)
- ☐ Schrittmacher
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Biophosphonate im Rahmen einer Krebserkrankung (multip.Myelom, Brustkrebs, Prostatakrebs) od. bei Osteoporose
- ☐ Penicillin-Allergie ☐ Asthma
- ☐ Infektionskrankheiten (Tbc usw.)
- ☐ Kieferhöhlenentzündung
- ☐ Kiefergelenkbeschwerden
- ☐ Epilepsie
- ☐ Röntgen- oder Radiumtherapie
- ☐ Kortisontherapie
- ☐ Bluter
- ☐ Blutgerinnungsmedikamente: _____
- ☐ AIDS
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Frauen: besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?
  Geburtstermin: _____

Wie oft bürsten sie Ihre Zähne? _____ Blutet dabei das Zahnfleisch? ☐ ja ☐ nein ☐ wenig
Sind die Zähne empfindlich auf ☐ kalt ☐ heiß ☐ beim Kauen ?
Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ nachts ☐ am Tage oder ☐ ständig

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnbehandler? _____
Welche Wünsche oder Beschwerden haben Sie jetzt? _____

_____ _____
Datum Unterschrift