



# Anmeldung

Herzlich willkommen!

Um Sie möglichst optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person, Ihrer Gesundheit und eventuellen Vorbehandlungen. Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular möglichst vollständig aus.

Patient/in		
Name	Vorname	geb.

Geburtsname	Geburtsort
-------------	------------

Versicherter		
Name	Vorname	geb.

Anschrift		
Strasse / Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Telefon privat	Telefon tagsüber
----------------	------------------

Name der Krankenversicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab.

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Beantwortung des Fragebogens. Bitte beachten Sie, daß diese Angaben der **ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer eigenen Sicherheit dienen.**

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein				
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Erkrankungen

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  voraussichtlicher Geburtstermin

Haben Sie Allergien? ja  nein   
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein   
Wenn ja, welche?

Ihr Hausarzt

Ihr voriger Zahnarzt

Möchten Sie unverbindlich an Ihre 1/2-jährliche Untersuchung erinnert werden? ja  nein

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r