

ZAHNÄRZTINNEN

DR. SE-WON **PFEIFFER**
NICOLE **MÜLLER**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Anmeldeformular

Patient Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Aktuelle Anschrift: _____

Telefonnummer/Handy/Email: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversichert

Versicherter Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Besteht ein **BONUSHEFT (gesetzlich Versicherte)** ja (bitte Nachweis) nein

Für Privatpatienten: Krankenversicherung: _____

Haben Sie einen besonderen Versicherungstarif? _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb.

Liegen oder lagen Erkrankungen vor: **JA** **NEIN**

Herzerkrankungen:

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzklappenersatz, wenn ja, seit wann? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzfehler | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Endokarditis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstige: _____ | | |

Kreislaufferkrankungen:

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Blutdruck (zu hoch, oder zu niedrig) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einnahme von Gerinnungshemmern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche?(z.B. ASS, Marcumar, Plavix...) | | |
| _____ | | |
| Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstige: _____ | | |

Bitte auch die Rückseite beachten!

| | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Stoffwechselerkrankungen: | | |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magen-/Darmerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erkrankungen des Nervensystems: | | |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstige: _____ | | |
| Infektionserkrankungen: | | |
| Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| HIV/Aids | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Immunsystem: | | |
| Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie eine Organtransplantation? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lunge: | | |
| Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chronische Erkrankungen (z.B COPD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Sonstige Erkrankungen: | | |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche oder legen Sie bitte Ihre Medikamentenliste vor! | | |
| _____ | | |
| Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | |
| Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____ | | |

Datum/Unterschrift

Haben Sie spezielle Wünsche? Fragen Sie uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!