

Anmeldung

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ und _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Versicherter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnese

Schwangerschaft: **Ja** **Nein**

Herz- Kreislaufprobleme: **Ja** **Nein**

Hoher Blutdruck: **Ja** **Nein**

Infektionskrankheiten (HIV,...): **Ja** **Nein**

Diabetes: **Ja** **Nein**

Blutgerinnungsstörungen (Marcumar/ASS): **Ja** **Nein**

Magen- Darmkrankheiten: **Ja** **Nein**

Allergien / Unverträglichkeiten, wenn **Ja** **Nein**

welche: _____

Sonstige ernsthafte Erkrankungen: **Ja** **Nein**

Welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? **Ja** **Nein**

Welche: _____

Die Krankenkassen werden Ihnen in Zukunft für bestimmte Leistungen mehr Geld erstatten, wenn Sie regelmäßig beim Zahnarzt waren.

Damit sie dieses Geld nicht verschenken, erinnern wir Sie gerne kostenlos an Ihren nächsten Vorsorgetermin.

Möchten Sie diesen Service nutzen? **Ja** **Nein**

Datum: _____

Unterschrift: _____

BITTE BEACHTEN SIE DIE NÄCHSTE SEITE