

## Anmelde- und Erhebungsbogen

	Patient	Versicherter
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
Krankenkasse	<input type="text"/>	
Beruf	<input type="text"/>	

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name des Hausarztes:

Anschrift des Arztes:

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

Ja

Nein

Wenn ja, ergänzende Angaben eintragen

Allergie, Medikamentenunverträglichkeit

Nehmen Sie blutverdünnende  
Medikamente ein, z.B. ASS

Gerinnungsstörungen

Anfallsleiden (Epilepsie)

Atemwegserkrankungen

Diabetes (Typ?)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Infektionskrankheiten

Gelbsucht (Hepatitis B, C)

Immunschwäche (z.B. AIDS)

Tuberkulose

Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krebserkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nehmen Sie Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Pflegegrad  nein  1  2  3  4

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

**Wie möchten Sie von uns an Ihren nächsten Kontroll-/Prophylaxetermin erinnert werden?**

per E-Mail  per Post  gar nicht

Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung

Ich habe ein Bonusheft

Ich wünsche eine Beratung über:

Prophylaxe

Halitosis (Mundgeruch)

Bleaching

Ganzheitliche Untersuchung

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt.

**Absageregelung: Sie können individuell vereinbarte Termine bis zu 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt kostenfrei absagen. Verspätet abgesagte oder versäumte Termine müssen mit einer Ausfallgebühr in Höhe von 50,00€ / 30min. privat beglichen werden.**

Ort, Datum

Unterschrift