

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