



Anmeldeformular

.....

Patient/Name	Vorname	geb. am
--------------	---------	---------

.....

Mitglied/Vertragspartner	Vorname	geb. am
--------------------------	---------	---------

.....

Straße	Nr.	PLZ/Ort	Telefon
--------	-----	---------	---------

.....

Handynummer	E-Mailadresse
-------------	---------------

.....

Beruf	Arbeitgeber	Telefon
-------	-------------	---------

.....

Krankenkasse	freiwillig versichert?	Zusatzversicherung?
--------------	------------------------	---------------------

.....

Wer ist Ihr Hausarzt?.....	Überwiesen/Empfohlen von:.....
----------------------------	--------------------------------

.....

Was ist für Sie bei der Behandlung wichtig:.....

.....

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihre behandelnde Zahnärztin. Bitte beantworten Sie die aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau.

Gesundheitsfragen:	Ja / Nein
Leiden oder litten Sie öfter an Zahnfleischbluten ?.....	() ()
Reagieren Sie allergisch ? Wenn ja, auf was ?.....	() ()
.....	
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?.....	() ()
Haben Sie eine Lebererkrankung oder hatten Sie einmal Gelbsucht?.....	() ()
Haben Sie Osteoporose ?.....	() ()
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?.....	() ()
Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes ?.....	() ()
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcumar) ?.....	() ()
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?.....	() ()

Bestehen bei Ihnen Herz- u. Kreislauferkrankungen ?..... () ()

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z. B. HIV, Tbc)?..... () ()

Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot) ?..... () ()

Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür ?..... () ()

Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung ?..... () ()

Leiden Sie an grünem Star (Glaukom)?..... () ()

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche..... () ()

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche..... () ()

.....

Welche Ernährungsform haben Sie (Mischkost, Vegetarisch, Vegan)?

Wurden Sie in diesem oder im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt ?..... () ()

Schwangerschaft:..wenn ja, welcher Monat:..... () ()

Bitte informieren Sie uns auch zu einem späteren Zeitpunkt sofort von einer evtl. bestehenden Schwangerschaft.

Hinweis: Nach einer örtlichen Betäubung kann eine Fahruntüchtigkeit von bis zu 6 Stunden auftreten!

.....

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten