

DR. ANNA PLÖSSNER

ZAHNGESUNDHEIT SOLLN

ANMELDUNG

Patient: _____
Vorname Name geb. am Geburtsort

Mitversichert bei: _____
Vorname Name geb. am Geburtsort

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: _____ beihilfeberechtigt:

Zusatzversicherung: Wenn ja, welche? _____

empfohlen/ überwiesen durch: _____ Hausarzt/ Facharzt: _____

ZU IHRER EIGENEN SICHERHEIT BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

ALLERGIEN: Gegen welche Medikamente/ Materialien besteht eine Überempfindlichkeit? _____

ASTHMA:		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
BLUT ERKRANKUNGEN:	erhöhte Blutungsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Blutarmut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
KREISLAUF- ERKRANKUNGEN	zu hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
HERZ- ERKRANKUNGEN:	Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Herzschwäche/ Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Nierenfunktionsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
INFEKTIONS- KRANKHEITEN:	Hepatitis/ Gelbsucht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	HIV (Aids)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: _____

RÖNTGEN: Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahn-/ Mund-/ Kieferbereich? _____
Röntgenpass vorhanden? ja nein

Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihres Gesundheitszustandes -auch ohne Aufforderung- umgehend zu informieren.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten _____