


Anmeldebogen für Neupatienten

Patient:	Versicherter:
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße/Nr.	Straße/Nr.
PLZ/ort	PLZ/Ort
geb. am	geb. am

beihilfeberechtigt Rechnungsempfänger: Patient Versicherter

 privat  tagsüber

Beruf: Arbeitgeber:

empfohlen durch:

möchten sie an den nächsten Untersuchungstermin erinnert werden? nein ja

Dürfen wir Sie per Email erinnern? Emailadresse:

Hausarzt, behandelnder Arzt:

Waren Sie während der letzten 2 Jahre im Krankenhaus
oder längerer ärztlicher Behandlung? nein ja

Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmäßig ein ? nein ja

Hatten Sie jemals

- eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? nein ja
- Schwierigkeiten mit langem Bluten? nein ja
- Herzkreislaufstörungen? nein ja
- Erkrankungen der Atmungsorgane? nein ja
- Zuckerkrankheit? nein ja
- Asthma, Heuschnupfen oder Allergie? nein ja
- eine andere ernsthafte Erkrankung (z.B. Hepatitis, HIV-Infektion)? nein ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher? nein ja

Haben Sie eine Endoprothese? nein ja

Sind Sie schwanger? nein ja

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich:

Die Praxis wird im Bestellsystem geführt. Können sie einen Termin nicht einhalten, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Langzeittermine, die ohne vorherige Absage versäumt wurden, und dadurch längere Ausfallzeiten zur Folge hatten, werden in Rechnung gestellt.

Datum: Unterschrift: