

Bitte vollständig ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient:

Name Vorname geb.

Anschrift:

Straße PLZ Ort

Tel.

Privat Geschäft: Handy: Mail:

Beruf Arbeitgeber:

Name Adresse

Krankenkasse

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Hausarzt:

Name Adresse Tel.

Nehmen Sie Medikamente?
Welche?

Bekommen Sie Blutverdünnungsmittel?
Was für ein Medikament ?

Sonstige Erkrankungen ? Diabetes, Asthma, Hepatitis A, B, C ; künstliche Gelenke,
 Herzerkrankung, Endokarditis, neue Herzklappe, Herzkatheter, oder ähnliches
 Osteoporose, Krebserkrankung
 sonstige Erkrankungen,

Akute Krankheit **operative Eingriffe in den letzten 6 Monaten, welcher Art** **Schwangerschaft?**

Gewicht: _____ kg **Raucher:** Ja Nein

Haben Sie eine Überempfindlichkeit oder Allergien?

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Sollte sich zwischen den Zahnarztbesuchen Änderungen bei den oben angegebenen Daten ergeben, bitte informieren Sie uns, in Ihrem eigenen Interesse, umgehend.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ich bin mit einem Erinnerungsschreiben (Recall) an die jährliche Untersuchung für das Bonusheft einverstanden. (Falls nicht gewünscht, bitte streichen)

.....
Datum

.....
Unterschrift

**Haben Sie mit Ihrer *Privaten Krankenversicherung* besondere Tarife? Oder eine Zusatzversicherung ? Bitte besprechen Sie dies vor der Behandlung mit uns, um Probleme nach Rechnungsstellung bei Ihrer PKV / Zusatzversicherung zu vermeiden.
Es ist trotzdem möglich, dass Sie einen Teil der Rechnung von PKV oder Beihilfe nicht erstattet bekommen.**