

Zahnarzt David Singel - Fleyer Straße 91 - 58097 Hagen

Sehr geehrte/r Patient/in

wir haben uns sehr darüber gefreut, daß Sie uns Ihr Vertrauen schenken möchten und sich als neuer Patient in unserer Praxis angemeldet haben.
Um uns die Anmeldeformalitäten zu erleichtern, bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen und falls vorhanden das **Bonusheft bitte einmal vorzulegen.**

Name / Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnr.: _____
PLZ / Ort: _____
Tel. Privat: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja 0 nein 0

Haben Sie eine **Zahn**zusatzversicherung: ja 0 nein 0
Haben Sie einen **Herzpass**? ja 0 nein 0

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert ?

Name / Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnr.: _____
PLZ / Ort: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung: _____
 Internet
 sonstige Werbung: _____

Um die gesundheitlichen Risiken, die bei einer zahnärztlichen Behandlung auftreten können, besser einzuschätzen, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

<u>Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?</u>	Ja	/	Nein	<u>Falls Sie mit Ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen:</u>
01. Allergien (welche?)	0		0	_____
02. Haben Sie einen Allergiepass?	0		0	_____
03. Reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Stoffe?	0		0	_____
04. Atemwegserkrankung?	0		0	_____
05. Blutgerinnungsstörung?	0		0	_____
06. Diabetes? (welcher Typ)	0		0	_____
07. Anfallsleiden? (Epilepsie)	0		0	_____
08. Grüner Star?	0		0	_____
09. Schilddrüsenerkrankung?	0		0	_____
10. Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	0		0	_____
Angina pectoris?	0		0	_____
Herzinfarkt?	0		0	_____
Herzrhythmusstörungen?	0		0	_____
Herzschrittmacher?	0		0	_____
Haben Sie einen künstlichen Herzklappenersatz?	0		_____	_____
Erhöhter Blutdruck?	0		0	_____
Verminderter Blutdruck?	0		0	_____
11. Hepatitis B?	0		0	_____
12. Hepatitis C?	0		0	_____
13. Lebererkrankung?	0		0	_____
14. Nierenerkrankung?	0		0	_____
15. Tumorerkrankung	0		0	_____
16. Sind Sie HIV positiv (AIDS)?	0		0	_____
17. Besteht eine Schwangerschaft?	0		0	Wenn ja, in welcher Woche?
18. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar, Ass 100)?	0		0	_____
19. Nehmen Sie andere Medikamente?	0		0	Wenn ja welche?
20. Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung ?				_____
Name des Arztes:				_____
Anschrift des Arztes:				_____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift