



# Patientenanmeldung

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen auf dieser Seite aus. Die Erhebung hilft uns, Sie gezielter betreuen und beraten zu können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Vor-/Nachname:  Geschlecht:  m  w Geb.-Datum:  /  /

Wohnadresse:  PLZ, Ort:

Krankenkasse/Privat:  Vers.Nr.:

Hausarzt/behandelnder Arzt:  Ihr Beruf:

E-Mail-Adresse:  Telefon-Nr.:

Mitversichert bei:  Vor-/Nachname Geschlecht:  m  w Geb.-Datum:  /  /

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?  ja  nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?  ja  nein
- Hatten Sie eine Verletzung im Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein
- Hatten/haben Sie Hepatitis, Aids oder eine andere schwere Infektionskrankheit?  ja  nein
- Haben Sie Diabetes?  ja  nein
- Haben Sie Herz-, Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck?  ja  nein
- Hatten/haben Sie einen Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzklappenentzündung?  ja  nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- Haben Sie Verdauungsstörungen?  ja  nein
- Leiden Sie unter Asthma?  ja  nein
- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Hatten Sie einen Schlaganfall?  ja  nein
- Leiden Sie unter Epilepsie?  ja  nein
- Ist Ihr Augeninnendruck erhöht (Glaukom)?  ja  nein
- Haben Sie Funktionsstörungen der Schilddrüse?  ja  nein
- Haben Sie Funktionsstörungen der Niere?  ja  nein
- Tragen Sie einen Hörapparat?  ja  nein
- Hatten/haben Sie eine Strahlen- und/oder Chemotherapie?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein
- Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Falls es Ihnen nicht möglich ist, einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben.

Bei Versäumnis müssen wir Ihnen aus organisatorischen Gründen die Ausfallszeit berechnen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_