



# ANMELDUNG

Patienten, die neu in Behandlung treten werden gebeten folgende Angaben zu machen.

(Angaben bitte in Blockschrift eintragen)

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten  Vorname  geb. am

Name des Hauptversicherten  Vorname  geb. am

Anschrift  Telefon

Beruf  E-Mail

Krankenkasse  Gesetzlich  Privat  Selbstzahler  Zusatzver.

Wer ist der Überweiser?  Selbstzuweisung

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt?

**Wir bitten Sie, folgende für die Diagnose und Therapie wichtigen Fragen zu beantworten:**

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  nein  ja

Wenn ja, wegen welcher Krankheit:

Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

Gibt es einen Medikamentenplan?

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Medikamente?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer aus den letzten 6 Monaten vorhanden?

**Leiden Sie an:**

Herz-Kreislaufkrankungen?

hohem Blutdruck?

Diabetes Mellitus?

Lebererkrankungen?

Hepatitis?

HIV/AIDS?

Neigen Sie zu Krampfanfällen/Epilepsie?

Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters