

Das folgende Formular bitte entweder

- Ausdrucken, ausfüllen und zum Praxistermin mitbringen
- Ausdrucken, ausfüllen und an 05241 9705 88 zurück faxen
- Ausdrucken, ausfüllen, einscannen und an zahnaerzte@drbeckmann.net mailen
- Herunterladen, mit Adobe Acrobat oder anderem PDF-Programm/App öffnen, ausfüllen und an zahnaerzte@drbeckmann.net mailen

Vielen Dank



ANMELDUNG

Name: _____	Versicherung: _____
Vorname: _____	Vers.Nummer: _____
Geb.Datum/ Ort: _____	Beihilfeberechtigt ja nein
Adresse: _____	Versicherungsnehmer/-nehmerin
Telefon/Fax priv. _____	Name _____
Handy _____	Vorname _____
e-mail _____	Geburtsdatum _____
Beruf _____	Adresse _____

Haben Sie Zahnschmerzen?	Haben Sie Karies?
Blutet Ihr Zahnfleisch?	Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
Sind Ihre Zähne gelockert?	Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?
Wünschen Sie Zahnersatz?	

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung und aus Fürsorge bitten wir Sie um die genaue Beantwortung folgender Fragen:

	ja	nein		ja	nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheiten oder Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/ Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien (Medikamente, sonst.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kontakt zu Problemkeimen (MRSA)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie HIV positiv (Aids)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ihr Hausarzt?		
Lebererkrankung/ Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Krebserkrankung/Chemoth./Strahlenth.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sonstige gesundheitliche Risiken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Für Patientinnen:		
			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie einem **Pflegegrad** zugeordnet oder erhalten **Eingliederungshilfe**?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Bitte führen Sie diese auf dem Folgeblatt auf.

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

(Ort + Datum)

(Unterschrift)

Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.



Meine Medikamente:

Name des Medikaments

falls bekannt, wofür
