



**ANMELDUNG 1/2**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten und für unsere Verwaltungsarbeit, bitten wir Sie um einige Informationen. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

**Zu Ihrer Person**

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon privat	Handy
Arbeitgeber	
Beruf	Telefon dienstlich
Kassenversicherung, Geschäftsstelle	
Ich bin zahnzusatzversichert <input type="radio"/>	
Name und Anschrift Ihres Hausarztes bzw. Ihres derzeit behandelnden Arztes	

**Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:**

Name	Vorname	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Geburtsdatum	Beruf	Arbeitgeber

**Zur Ihrer medizinischen Vorgeschichte**

Haben Sie eine Allergie?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test (AIDS) durchgeführt?  nein  ja,  positiv  negativ

Hatten Sie jemals Gelbsucht/Hepatitis?  nein  ja,  A  B  C

Hatten Sie jemals Tuberkulose?  nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_



**ANMELDUNG 2/2**

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| Asthma                                      | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Blutgerinnungsstörung / Blutbildveränderung | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, Quickwert / INR _____ |
| Bluthochdruck                               | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| niedriger Blutdruck                         | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Herz-/Kreislaufbeschwerden                  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Diabetes                                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, Zuckerwerte _____     |
| Epilepsie                                   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Magen-/Darmerkrankung                       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Nierenerkrankung                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Prostata-Erkrankung                         | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Grüner Star                                 | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |
| Rheuma                                      | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja                        |

- Haben Sie einen Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_
- Hatten Sie einen Herzinfarkt?  nein  ja
- Haben Sie heute ein Schmerzmittel genommen?  nein  ja
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?  nein  ja

Für Frauen: sind Sie schwanger?  nein  ja, in Woche \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Spritze?  nein  ja

---

**Praktische Fragen**

Haben Sie Interesse an einer besonderen Prophylaxe?  nein  ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von  Anzeige  Internet  Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

---

Wie möchten Sie gern an Ihre Termine in unserer Praxis erinnert werden?

- per Telefon  per E-Mail  per SMS

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Rechnungsstellung und ähnlicher Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden.

---

Datum und Unterschrift