



BITTE AUSFÜLLEN UND BEI DER ANMELDUNG ABGEBEN!

Patient _____
Name Vorname geb.

Mitglied _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Straße/Nr. Telefon

Postleitzahl Ort

Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Beruf* _____

Arbeitgeber* _____
Telefon

Anschrift* _____
Straße/Nr. Ort

* freiwillige Angaben

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz): _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw.): _____

Innere Krankheiten (Diabetes usw.): _____

Überempfindlichkeit gegen: _____

Medikamente: _____

Materialien: _____

Sonstiges: _____

Schwangerschaft? ja nein wenn ja – welcher Monat: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ja nein

wenn ja – welche: _____

Sonstiges: _____

Wünschen Sie Informationen über moderne und hochwertige Behandlungsmethoden wie z.B. Implantate, Individualprophylaxe, Keramikversorgungen: ja nein

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift