

# - ANMELDUNG -

## Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Tel/Fax/Mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Empfohlen von: \_\_\_\_\_

Aufmerksam geworden durch:  Internet  Telefonbuch  andere

## Versicherung:

- Privat versichert  Beihilfeberechtigt  
 Gesetzlich versichert  Zusatzversicherung

## Erkrankungen:

- Herz- oder Kreislauf  
 hoher Blutdruck  
 Blutkrankheiten  
 Herzschrittmacher  
 Diabetes  
 Infektionskrankheiten (AIDS, Tb, Hepatitis)  
 keine  
 andere: \_\_\_\_\_

## Allergien/Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika  
 Schmerzmittel  
 Antibiotika (Penicillin)  
 Latex  
 keine  
 andere: \_\_\_\_\_

## Regelmäßige Medikamente:

- ASS/Aspirin  Immunsuppressiva  
 Cortison  Bisphosphonate (Osteoporose)  
 Marcumar  keine  
 andere: \_\_\_\_\_

Sind sie **schwanger**?  ja  nein  nicht sicher

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Sind Sie an einem **Recall**  ja  nein  
(Erinnerung an Kontrolltermin)

per Brief  per E-Mail  per Telefon

## Hinweis zum Datenschutz:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter