

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben

Patient

Name Vorname geb.

Versicherungsnehmer (bei Familienversicherung der Hauptversicherte)

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße PLZ / Ort

Telefon

privat mobil eMail

Krankenversicherung

- gesetzlich versichert privat versichert
 Zahn-Zusatzversicherung Basistarif

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX vor?

- nein
 ja, und zwar: Pflegegrad (bitte eintragen)
 Eingliederungshilfe

Nachweis bitte einmalig an der Rezeption vorlegen. Vielen Dank.

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. **Zutreffendes bitte ankreuzen.** Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Gesundheitsfragebogen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Hatten Sie einen Herzinfarkt? In welchem Jahr?
 Herzschwäche / Herzinsuffizienz
 Herzklappenersatz
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 weitere, nicht aufgeführte Herzerkrankung:
.....

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
 Bluthochdruck
 Hatten Sie einen Schlaganfall? In welchem Jahr?

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut / Anämie
 Wenn Sie sich schneiden, bluten Sie lange nach?
 Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?
Welche?.....

Atmungswege/Lunge

- Asthma / Chronische Bronchitis
 Tuberkulose

