

Anmeldeformular

Personalien

_____	_____	_____
Patient (Name / Vorname)	Geburtsdatum	*Beruf
_____	_____	_____
Versicherter (Name / Vorname)	Geburtsdatum	* Arbeitgeber
_____	_____	_____
Strasse / Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort	* Anschrift
_____	_____	_____
Tel.-Nr. Privat		* Tel.-Nr. beruflich
_____	_____	
Krankenkasse	Hausarzt o. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind	*freiwillige Angaben

Gesundheitsfragebogen

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie die Fragen gewissenhaft beantworten. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Helferinnen.

Herz-/ Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gibt es zahnmedizinische Aspekte,	
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	über die Sie gern beraten werden	
Herzschrilmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	möchten	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Implantate, Bleaching usw.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Diabetes/ Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Existieren Röntgenbilder jüngerer Datums?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Halten Sie es für nützlich, dass wir	
Wenn ja, welche?		Sie über neue Erkenntnisse in der	
_____		Zahnpflege informieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Reagieren Sie überempfindlich/ allergisch auf		Haben Sie Interesse an einer	
Lokalanästhesie/ Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	professionellen Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie oft an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Metalle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Durch wen oder was (z.B. Internet) sind Sie auf uns	
_____		aufmerksam geworden?	
Kreutzfeld-Jakob-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	
Leberleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	
Schilddrüsenleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	
AIDS/ HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie im Einzelfall einer Bonitätsprüfung durch unsere Abrechnungsgesellschaft **Capital Care** einverstanden.

Detern, den Unterschrift: