ZAHNZENTRUM
Mellinghoff

ANMELDUNG

Patient: _____ (Vorname) _____ (Name) _____ (geb. am) _____ (Geburtsort)

Mitversichert bei: _____ (Vorname) _____ (Name) _____ (geb. am) _____ (Geburtsort)

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: _____ beihilfeberechtigt: ☐

Zusatzversicherung: ☐ Wenn ja, welche? _____

empfohlen/ überwiesen durch: _____ Hausarzt/ Facharzt: _____

ZU IHRER EIGENEN SICHERHEIT BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

ALLERGIEN: Gegen welche Medikamente/ Materialien besteht eine Überempfindlichkeit? _____

Asthma:		ja ☐	nein ☐
Bluterkrankungen:	erhöhte Blutungsneigung	ja ☐	nein ☐
	Blutarmut	ja ☐	nein ☐
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	ja ☐	nein ☐
	zu niedriger Blutdruck	ja ☐	nein ☐
Herzerkrankungen:	Herzschrittmacher	ja ☐	nein ☐
	Herzschwäche/ Herzinfarkt	ja ☐	nein ☐
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja ☐	nein ☐
	Nierenfunktionsstörungen	ja ☐	nein ☐
Infektionskrankheiten:	Hepatitis/ Gelbsucht	ja ☐	nein ☐
	Tuberkulose	ja ☐	nein ☐
	HIV (Aids)	ja ☐	nein ☐

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: _____

RÖNTGEN: Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahn-/ Mund-/ Kieferbereich? _____

Röntgenpass vorhanden? ja ☐ nein ☐

Pflegegrad vorhanden? ja ☐ nein ☐ Wenn ja, welcher? _____

Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐ Wenn ja, in welchem Monat? _____

Raucher? ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihres Gesundheitszustandes -auch ohne Aufforderung- umgehend zu informieren.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Patieten oder des Erziehungsberechtigten