

# ANMELDUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

## Wenn sie nicht selbst versichert sind, bitte hier die Daten des Versicherten angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Wir wurden Ihnen empfohlen von: \_\_\_\_\_

Grund der Konsultation: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen:

Hatten Sie jemals:...

Schwierigkeiten mit langem Bluten JA  NEIN

Hohen Blutdruck JA  NEIN

Ohnmachtsneigung JA  NEIN

Herzschrittmacher JA  NEIN

Allergien JA  NEIN

Wenn ja, welche:

Asthma JA  NEIN

Infektionserkrankung (AIDS, Hepatitis, TBC, etc.) JA  NEIN

Wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten Jahren eine schwerwiegende Erkrankung  
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs- oder Lebererkrankung) JA  NEIN

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein JA  NEIN

Wenn ja, welche:

Möchten Sie halbjährlich im Sinne eines Recall-Systems an die fälligen Kontrolluntersuchungen erinnert werden (v.a. wegen Bonusheftstempel)? JA  NEIN

## BITTE BEACHTEN:

Nach einer Behandlung unter Anästhesie können Ihre Fahrtüchtigkeit und Ihr Reaktionsvermögen eingeschränkt sein. Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir behalten uns daher vor, reservierte und nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen.

DATUM: \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_