

# Zahnärzte

Dr. HOLGER **SEIB**  
Dr. SE-WON **PFEIFFER**  
NICOLE **MÜLLER**

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

### Anmeldeformular

**Patient** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy/Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversichert

**Versicherter** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Besteht ein **BONUSHEFT (gesetzlich Versicherte)**  ja (bitte Nachweis)  nein

**Für Privatpatienten:** Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen besonderen Versicherungstarif? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb.

**Liegen oder lagen Erkrankungen vor:** **JA** **NEIN**

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz, wenn ja, seit wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

Kreislaufkrankungen:

Blutdruck (zu hoch, oder zu niedrig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme von Gerinnungshemmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?(z.B. ASS, Marcumar, Plavix...)		
_____		
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		

**Bitte auch die Rückseite beachten!**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Immunsystem:</b>		
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie eine Organtransplantation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Lunge:</b>		
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Erkrankungen (z.B COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>		
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche oder legen Sie bitte Ihre Medikamentenliste vor!		
_____		
Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wogegen? _____		
Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____		

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

Haben Sie spezielle Wünsche? Fragen Sie uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!