

Anmeldebogen

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption wieder abgeben, vielen Dank.

Patient _____ geb. am _____
Name Vorname

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter bzw. Versicherter _____

Anschrift _____

Telefon : _____ E-Mail-Anschrift : _____

Name der Krankenkasse bzw. Versicherung _____

Sind Sie soweit gesund oder haben Sie Probleme mit

Allergien ja nein

Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch? _____

Asthma ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein

Bluthochdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herz ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Leber ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein

Nieren ja nein

Diabetes ja nein

Sonstige Angaben: _____

Hausarzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte schreiben Sie uns die Medikamente auf oder geben Sie uns, falls vorhanden, Ihre Medikamentenliste zum Kopieren.

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands oder Ihrer Adresse mit.

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. So können wir lange Wartezeiten vermeiden, weil wir mit unseren Patienten einen festen Termin vereinbaren. Wir möchten Sie bitten, Ihren vereinbarten Termin einzuhalten.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Absage, rechtzeitig bedeutet: 2 Arbeitstage vorher.

Wünschen Sie eine Erinnerung an die nächste Kontrolluntersuchung oder den nächsten Prophylaxetermin? ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung mich betreffender personenbezogener Daten. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Datenschutzrichtlinien im Wartezimmer aushängen.

Datum _____ Unterschrift _____

Danke für Ihre Mithilfe!