



ANMELDEBOGEN - DAMIT WIR SIE BESSER KENNEN LERNEN

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ:
Straße: Wohnort:
Telefon privat: Geschäftlich:
Mobil: E-mail:
Beruf: Arbeitgeber:
Krankenkasse:

beihilfeberechtigt privat versichert privat zusatzversichert privat versichert Basis Tarif

RECHNUNGSEMPFÄNGER (VERSICHERTER BEI NICHT SELBSTVERSICHERTEN):

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ:
Straße: Ort:

Hausarzt

Überweisender Ort:
Zahnarzt

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Überweisung
- Empfehlung Freunde / Bekannte
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet
- Zeitungsanzeige
- Vorträge
-

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Probleme eingehen und allgemeinmedizinische Risiken vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



GESUNDHEITSFRAGEN

Leiden Sie unter einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? Bitte kennzeichnen.

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Herzinfarkt - Erkrankungen der Herzkranzgefäße - Rhythmusstörungen - Schrittmacher - Klappenersatz

- Herzfehler - Endokarditis - hoher Blutdruck - niedriger Blutdruck - Stent

Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Gelenkersatz

Ich nehme Bisphosphonate (z. B. Fosamax)

Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen der Atmungsorgane / Asthma

Gastrointestinal tract disease

Infektionserkrankungen: Hepatitis - HIV - Tuberkulose - andere:

Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

Allergien und Unverträglichkeiten: Antibiotika/Penicillin - Schmerzmittel - Betäubungsspritzen - Latex

- Kunststoffe - Metalle oder gegen:

Tumorerkrankung (auch in der Vergangenheit)

Krebs - Bestrahlungen - Chemotherapie

Erkrankungen des Nervensystems

Anfallsleiden - Kopfschmerzen - Migräne - Schlafstörungen - Ohnmacht - Nervosität - Schlaganfall

Rauchen Sie?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?:

.....

Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

.....

Gefällt Ihnen Ihre Zahnfarbe? Ja Nein

Leiden Sie oft unter Kopf- und Nackenschmerzen? Ja Nein

Für Patientinnen - Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern und Mitarbeitern der Avadent Clinic Dr. Henrich & Coll. eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien ausgewertet werden können.

Der Anmeldebogen wird Ihnen bei Ihrem Besuch in der Avadent Clinic zur Unterschrift vorgelegt.

.....
Datum

.....
Unterschrift