

Praxis für Zahnheilkunde Dr. Christian Krieger

Hildastraße 1-3, 68782 Brühl

Tel. 06202 75400, Fax 06202 9259350

Anmeldung:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____ Tel./Fax: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Versicherung: _____ Sind sie selbst versichert? ja nein
Hauptversicherter: _____ Geb.-Datum: _____
Hausarzt: _____

Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit: (alle Fragen werden streng vertraulich behandelt)

Leiden Sie an einer Allgemeinerkrankung: ja nein
Wenn ja, welche? _____
Waren Sie in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit? ja nein
Wenn ja, wogegen? _____
Haben Sie eine infektiöse Krankheit? (Hepatitis, Tuberkulose o.ä.) ja nein
Wenn ja, welche? _____
Besteht bei Ihnen momentan eine Schwangerschaft? ja nein
Neigen Sie zu Nachblutungen oder blauen Flecken? ja nein

Haben Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Herzerkrankungen ja nein
Blutdruckabweichung ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Lebererkrankung (Gelbsucht) ja nein
Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Nierenerkrankung ja nein

Sind Sie an einer kosmetischen Verbesserung Ihrer Zähne interessiert? ja nein
Haben Sie Interesse an vorbeugenden Maßnahmen gegen Zahnschäden ? ja nein

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____
Möchten Sie durch uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Datum _____

Unterschrift _____