

Anmeldebogen

**Wir sind stets bemüht, Sie in den Fokus unserer Praxis zu stellen.
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!**

Patient:

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Versicherter:

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Versicherung: gesetzlich versichert
 Privatversicherung

Anschrift:

(PLZ/ Ort) (Straße)

(Tel. Nr. tagsüber) (Mobil Nr.) (Email)

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Allgemeine Krankengeschichte

		Ja / Nein	
Herzerkrankungen:	- Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	- zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schlaganfall, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja / Nein

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Osteoporose
- Krebserkrankung

Immunsystem:

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?
Wenn ja welche?

Infektionskrankheiten:

- Leberentzündung/Gelbsucht(Hepatitis A, B oder C)
- Tuberkulose

Sind Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintoleranz)

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Allgemeine Fragen:

- Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?
- Rauchen Sie?
- Wenn ja, wieviel? _____
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?
- Haben Sie Verspannungen an der Nacken-
oder Schultermuskulatur?
- Wünschen Sie Informationen zur
Gesunderhaltung Ihrer Zähne

Für Frauen:

- Recall?
- Besteht eine Schwangerschaft? (Welcher Monat?: _____)

(Datum:)

(Unterschrift:)

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung des Termins oder verspäteter Absage bin ich bereit, pro 1/2 Std. ein Ausfallhonorar von € 50,00 zu bezahlen. Die Bezahlung wird nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht.

Der Anspruch ist nach §615 BGB berechtigt und der Höhe nach vom AG Bonn bestätigt.

(Datum:)

(Unterschrift:)