



Anmeldeformular:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer kieferchirurgischen Praxis als Patienten begrüßen zu dürfen.

Bitte füllen Sie das folgende Formular bei Ihrem ersten Besuch bei uns aus. Alle Angaben zu Ihrer Person werden natürlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht!**

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Telefon Mobil: _____

Telefon privat und geschäftlich: _____ / _____

E-Mail: _____

Beruf/Dienstgeber: _____ / _____

Krankenkasse/Versicherungsnummer: _____ / _____

Privat Zusatzversichert: Bitte ankreuzen ja / nein

Hausarzt: _____

Zuweisender Zahnarzt: _____

Mitversichert bei:

Vorname: _____

Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse/Versicherungsnummer: _____ / _____

Krankengeschichte-Fragebogen

Nachstehende Fragen bitte mit Ja oder Nein beantworten

Ja Nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben sie zur Zeit allgemeine gesundheitliche Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Krankheit behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen welcher Krankheit? | | |
| <u>4. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 Herzerkrankung oder Herzbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Allergien? Wenn ja Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Krampfanfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bluten Sie nach Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Rauchen Sie? Wenn ja – wieviel pro Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie jemals eine orale oder intravenöse Therapie mit Bisphosphonaten
z.B Fosamax, Zometa, Actonel, Bondronat oder Xgeva erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| z.B bei Osteoporose / Brustkrebs / multiples Myelom / Prostatakarzinom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzliche Vertreter /in

Arzt
