

# Anmeldebogen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung	ggf. Ort/Geschäftsstelle/Region
<input type="text"/>	
Vor- und Nachname des Patienten, ggf. Geburtsname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geb. am	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Nachname des Versicherungsmitglieds	geb. am
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	Postleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon dienstlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	E-Mail



Geiststraße 16  
59555 Lippstadt  
Telefon 02941 79999  
Telefax 02941 810888  
E-Mail [anmeldung@madjlessi.de](mailto:anmeldung@madjlessi.de)  
[www.zahnarzt-lippstadt.de](http://www.zahnarzt-lippstadt.de)

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

<b>Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<b>Lunge</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
			Asthma/chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Herz</b>			<b>Stoffwechsel</b>		
Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankungen/Hepatitis/Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Nervensystem</b>		
<b>Kreislauf</b>			Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Blut</b>			<b>Allergien</b>		
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heuschnupfen/Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamenten-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente, z. B. Aspirin/ASS, Marcumar, Heparin usw.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Penicillin-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Metall-Allergie/Sonstige Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Haben Sie einen Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Sind Sie HIV-positiv?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden!

Bestehen sonstige Erkrankungen?

---

---

---

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

---

---

Sind Sie schwanger? Welcher Monat?

---

Möchten Sie regelmäßig an Kontrolltermine (Recall) erinnert werden?

Ja  Nein

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktion im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Um Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir Ihnen bei entsprechenden Arbeiten z. T. mehrere Stunden. Um Ihnen und uns Ärger und finanzielle Verluste zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig abzusagen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da mir sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei schuldlos unterbliebener Absage.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Geiststraße 16  
59555 Lippstadt

Telefon 02941 79999

Telefax 02941 810888

E-Mail [anmeldung@madjlessi.de](mailto:anmeldung@madjlessi.de)

[www.zahnarzt-lippstadt.de](http://www.zahnarzt-lippstadt.de)