

Dr. Matthias Kaufmann M.Sc. & Kollegen
Zahnärzte

Bahnhofstraße 14
89264 Weißenhorn

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Handy Privat: _____
GeburtsOrt: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Tel. Arbeit: _____
Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht Krankenversicherungsmitglied sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer ist der Zahlungspflichtige?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Pflichtversichert: JA / NEIN

Privatversichert/Basistarif: JA / NEIN

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

JA / NEIN

Name des Hausarztes/Ort: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? JA NEIN

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Welche Erkrankungen haben Sie?

X bitte nur Zutreffendes ankreuzen

Herzerkrankung/-fehler	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	grüner Star	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/>	
Blutungsneigung/-störung	<input type="checkbox"/>			Tragen Sie einen Herzschrittmacher?		<input type="checkbox"/>	
Blutdruck niedrig	<input type="checkbox"/>	Blutdruck hoch	<input type="checkbox"/>	Blutdruck normal	<input type="checkbox"/>		
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>						
Sonstige Erkrankungen?	Welche? _____						
Allergien?	Welche? _____						

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektion und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 – 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Daten und stimme der Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten, nach § 3 Abs. 9 BDSG, zum Zweck der Diagnostik und Behandlung ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für die Aufnahme ins Recallsystem, sowie der Benachrichtigung per Post oder Mail. Im Falle einer Terminänderung können Sie mich auch telefonisch kontaktieren.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte, ohne Ihre Zustimmung ist ausgeschlossen.

Ort/Datum

Vorname, Name, Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter