

Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (bitte per Formular oder Druckschrift ausfüllen)

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb. _____

Krankenkasse: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Vollversicherung |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattung | <input type="checkbox"/> Basistarif |

Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Tel. geschäftlich _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? ja nein ggf. Mobilnummer: _____

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

Leiden Sie an:	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>welche</i>
Herz-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht.
Sind Sie bei einem med. Eingriff in der Vergangenheit in Ohnmacht gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie oft? _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel? _____
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.
Datum/Unterschrift _____