

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben !

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Nr. Telefon
Postleitzahl Ort

Krankenkasse
Mitglieds-Nr.

Beruf

Arbeitgeber
Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße Nr. Ort

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz):

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.):

Innere Krankheiten (Diabetes usw.):

Arzneimittelüberempfindlichkeit:

Schwangerschaft: ja/nein wenn ja – welcher Monat:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: ja/nein

Wenn ja – welche:

Sonstiges:

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ja/nein

Empfohlen/überwiesen durch:

Letzte Röntgenuntersuchung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen über eine private Abrechnungsgesellschaft erfolgt.

.....
Datum Unterschrift

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.