



Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
E-Mail:	_____	Name: _____
Beruf:	_____	Adresse: _____
Arbeitgeber, Ort:	_____	_____

Krankenkasse:

Kasse (gesetzlich): _____
 Privat: _____
 Beihilfe
 PKV-Standardtarif
 Pflegestufe: _____
 Zusatzversicherung (privat): _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken? **Bitte zutreffendes ankreuzen:**

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? _____
 Sind Sie allergisch gegen bestimmte Stoffe? Welche? _____
 Haben Sie Gerinnungsstörungen?
 Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?
 Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis A/B/C)? Welche? _____
 Haben Sie Diabetes?
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?
 Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____. Woche
 Haben Sie grünen Star?
 Rauchen Sie? Wie viel? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? Letztes Röntgen (Zähne) ____ / ____ (M / J)

Andere Grund: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Sollten Sie Termine nicht wahrnehmen können, bitte mindestens 24 Stunden vorher absagen, andernfalls behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Siegburg, den ____ . ____ .202__

_____ Patient/-in