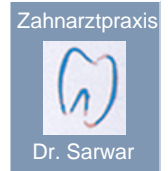


Dr. med. dent. Irfan Sarwar  
Zahnarzt

Raiffeisen Str. 5 · 69493 Hirschberg-Leutershausen · ☎ 06201-51237  
www.dr-sarwar.de · praxis@dr-sarwar.de · Fax 06201-54041



**Anmeldeformular**

*Um eine komplikationsfreie Behandlung sicherzustellen, bitten wir Sie nachfolgende Angaben zu machen, die Ihrer Karteikarte beigelegt werden und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.*

Patient  weiblich  männlich

Anschrift  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_ (PLZ) Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon Privat Handy Geschäftlich E-Mail \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung  
Private Krankenversicherung \_\_\_\_\_  Basistarif  beihilfeberechtigt

Hausarzt \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Herzerkrankungen  Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Magen/Darm)
- Herzschrittmacher  Erkrankungen des Immunsystems
- Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck)  Bluterkrankungen (Gerinnungsstörung, Marcumar)
- Epilepsie, Anfallsleiden, Krämpfe  Bekommen/bekamen Sie Bisphosphonate  intravenös  intraoral
- Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob)  Medikamente, z.B.:  Marcumar  Xarelto
- Allergien, Asthma  ASS  Plavix  Cortison
- Arzneimittelallergien  Sind Sie schwanger? Welcher Monat? \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden  Grüner Star (Glaukom)  Sind Sie Raucher/in?
- Nicht aufgeführte Erkrankungen / Medikamente \_\_\_\_\_
- Probleme bei zahn-/ärztlicher Behandlung aufgrund von \_\_\_\_\_
- Zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen \_\_\_\_\_
- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? \_\_\_\_\_
- Ich wünsche eine Beratung über \_\_\_\_\_
- Ich möchte halbjährlich (kostenlos) an eine Routineuntersuchung erinnert werden

**Beachten Sie bitte, dass nach Verabreichung schmerzstillender Spritzen für ca. 2 Stunden Verkehrsuntüchtigkeit besteht.**

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_