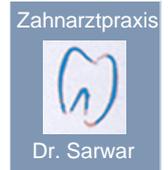


Dr. med. dent. Irfan Sarwar
Zahnarzt

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 _____