



Persönliches:

Name, Vorname:	Geb.:
Versicherter:	Geb.:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort
Telefon:	
Mobil:	Beruf:
E-Mail:	Tel. Arbeit:
Hausarzt:	Tel. Hausarzt:

- Gesetzlich versichert Zusatzversichert Beihilfeberechtigt
 Privat versichert Basistarif

Allgemeine Gesundheitssituation (zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ _____ | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Andere Krankheit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien: _____ |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | |

- HIV Tuberkulose HEPATITIS A B C

Haben Sie bestimmte Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Umweltzahnmedizin | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Zweite Meinung | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Möchten Sie in unser "Recall-System" aufgenommen werden? In diesem Fall erinnern wir Sie an die halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen. Dieser Service ist für unsere Patienten selbstverständlich kostenfrei.

- JA NEIN

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des neuen Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe, sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

Worms, den _____

Unterschrift: _____