



Anmeldebogen

Datum

Patient/ in

(Herr/ Frau/ Kind)

Nachname Vorname

geb.

Straße/ Hausnr.

Geburtsort (lt. Röntgenverordnung)

Postleitzahl/ Ort

Geburtsname (lt. Röntgenverordnung)

Telefon privat Handy

E-Mail/ Fax.-Nr.

Beruf/ Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Telefon geschäftlich

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin gesetzl. pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Beihilfeberechtigt Bundesland <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzl. versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif versichert | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Kostenerstattung gewählt (gesetzl. Krankenkasse) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert (Selbstzahler) | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Zusatzversicherung für Zähne |

Pflegestufe

- dauerhaft zeitlich begrenzt

Mitglied

(Familienversichert oder bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Nachname Vorname geb.

Straße/ Hausnr./ Ort

Rechnungsempfänger

(Zahlungspflichtige/r)

Nachname Vorname geb.

Straße/ Hausnr./ Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch zukünftig mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand, Ihre Adresse oder Ihr Versicherungsstatus ändert!



Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Allergien/ Unverträglichkeiten (Medikamente, Betäubungsmittel, Latex, sonstige Materialien) wenn ja, welche?

Herzerkrankung/ Herzoperationen (Infarkt, Herzfehler, Herzklappenersatz, Herzmuskelerkrankung) wenn ja, welche?

Herzschrittmacher

Schlaganfall

zu hoher/ niedriger Blutdruck

Blut-/ Gefäßerkrankung (Gerinnungsstörungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Nachblutungen nach OPs/Verletzungen)

Asthma

Diabetes

Epilepsie

Demenz/ Alzheimer

Rheuma

Osteoporose

Krebserkrankung (Tumor/Karzinom)

Magen-/Darm-/Nieren- oder Lebererkrankung

Infektionskrankheiten (HIV-positiv, Hepatitis A, B oder C, Tuberkulose)

Krankenhauskeim MRSA

Schilddrüsenerkrankung

Augenerkrankung - grüner Star (Glaukom)

Häufige Herpesinfektionen im Mund

Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk

wenn ja, welche?

wenn ja, welche?

wenn ja, welche?

regelmäßige Medikamente (z.B. Blutverdünner, Antidiabetika, Blutdruckmittel, sonstige Medikamente) wenn ja, welche?

Bisphosphonate (Tabletten oder Infusionen - im Zusammenhang mit Osteoporose oder Krebserkrankungen)

Behinderung wenn ja, welche?

Ich habe einen rechtlichen Betreuer (Gesundheitsfürsorge/ Vermögenssorge/ Unterschriftenbevollmächtigte/r)

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten

Röntgenpass erwünscht wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung

es besteht eine Schwangerschaft wenn ja, in welcher Woche?

Raucher/in

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? (bei Überweisung/ im Notdienst oder bei Vertretung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.