



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)

Ich bin gesetzl. pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin Beihilfeberechtigt
Bundesland

Ich bin freiwillig gesetzl. versichert

Ich bin Basistarif versichert

Ich habe Kostenerstattung gewählt
(gesetzl. Krankenkasse)

Ich bin nicht versichert
(Selbstzahler)

Ich habe eine Zusatz-
versicherung 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, Herzmuskelentzündung) wenn ja, welche?

Herzschrittmacher

Schlaganfall

zu hoher/ niedriger Blutdruck

Blut-/ Gefäßkrankung (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.