

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. Manfred O. Werner

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. med. dent. Tobias Fischer

Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie

Dr. med. dent. Simone Hahn

Henrik Werner

Hauptstrasse 17 · 63128 Dietzenbach

Telefon 06074 - 29201 · info@praxiswerner.de · info@praxisfischer.de

Anmeldeformular

Patient (Name, Vorname):

geboren am:

Versicherter (Name, Vorname):

geboren am:

Anschrift: Strasse / Nr.

Wohnort:

Telefon:

Email:

Beruf:

Arbeitgeber:

Tel. Arbeitgeber

Ich bin privat Zusatzversichert

Krankenversicherung:

Gesundheitsfragen: Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen so fragen Sie unsere Helferinnen.

| Leiden Sie an | Ja / Nein | | Ja / Nein |
|--|---|---|---|
| 1.) Herz- oder Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9.) Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2.) Asthma? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 10.) Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3.) Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? | _____ |
| 4.) Diabetes? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 5.) Grünem Star? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11.) Bestehen Allergien ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6.) Schilddrüsenleiden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wogegen? | _____ |
| 7.) Leberleiden (Gelbsucht / Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12.) Haben Sie Zahnfleischbluten ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8.) HIV / AIDS? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 13.) Sind Sie schwanger ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Fragen / Anregungen:

Datum

Unterschrift