

Anmeldungsformular und ärztliche Anamnese

Vor-/Nachname: _____

Plz/Ort/Adresse: _____

Tel./Handy: E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: W M

Arbeitgeber: _____

Plz/Ort/Adresse: _____

Verständigung im Notfall: _____

Ihr Hausarzt/+PLZ: _____

Wer hat Sie überwiesen: _____

Ärztliche Anamnese

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

Blutkrankheit

Herzkrankheit

Diabetes

chron. Erkrankung

Erhöhte Blutungsneigung

Lungenkrankheit

Stoffwechselerkrankung

Allergie

Infektionskrankheiten:

HIV

Epilepsie

Hep B, C,

welche: _____

Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Medikamente, Anästhetika, Latex)?

Nein Ja welche: _____

Haben Sie jemals auf eine Zahnbehandlung negativ reagiert?

Nein Ja welche: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja welche: _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Könnten Sie schwanger sein? Nein Ja welche Woche: _____

Weitere wichtige gesundheitliche Informationen: _____

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Informationen:

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern