

Anmeldeformular

1. Patient(in):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

E-Mail (optional):

2. Versicherte(r): (nur ausfüllen, wenn nicht selbst versichert / familienversichert durch)

Name, Vorname:

geb.:

Anschrift:

3. ☐ Pflegegrad (nach § 15 SGB XI – bitte Kopie vorlegen)

Stufe

4. ☐ Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB IX – bitte Kopie vorlegen)

befristet bis

5. Zahnzusatzversicherung vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

Versicherung:

6. Sind Sie Raucher(in)? ☐ Nein

☐ Ja

- Wenn ja, ungefähre Zigaretten pro Tag:

7. Erkrankungen / Besonderheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Niedriger Blutdruck |
| ☐ Herzerkrankungen / Herz-OP | ☐ Endokarditis |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Organtransplantation |
| ☐ Herzklappenersatz / Bypass / Schrittmacher | ☐ Apoplex / Schlaganfall (Jahr <input type="text"/>) |
| ☐ Hepatitis Typ <input type="text"/> (Jahr <input type="text"/>) | ☐ Diabetes Typ <input type="text"/> |
| ☐ Allergien: <input type="text"/> | ☐ Schwangerschaft (<input type="text"/> Woche) |
| ☐ Schuppenflechte | ☐ Neurodermitis |
| ☐ HIV | ☐ Thrombose / Embolie |
| ☐ Blutgerinnungsstörung | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ ADHS | ☐ Sonstiges: <input type="text"/> |

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Hausarzt/Hausärztin:

8. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe? (auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden))

9. Erklärung:

Ich habe alle o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Die Daten und Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden durch den Praxis-PC erfasst.

Herford, den

Unterschrift

P.S.: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| ☐ Suchmaschine (z.B. Google) | ☐ Familie | ☐ Freunde und Bekannte |
| ☐ Facebook | ☐ Instagram | ☐ Anders: |