



Anmeldeformular

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum / -ort: _____ Hausnummer: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse Privatkrankenkasse

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert

Hauptversicherter:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	ja	nein	ergänzende Angaben
Osteoporose (verringerte Knochendichte)			
Besteht ein Osteoporoserisiko?			
Blutgerinnungsstörung (sind Sie „Bluter“?)			
Diabetes (Zuckerkrankheit), Typ / insulinpflichtig?			
erhöhter Augeninnendruck (grüner Star)			
Allergien (Welche? Auf Medikamente?)			
Schilddrüsenerkrankung			
Atemwegserkrankungen / Asthma			
Herzinsuffizienz/-schwäche			
Herzinfarkt (wann?) / Angina pectoris			
Herzrhythmusstörungen			
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?			
Herzklappenerkrankung/-ersatz			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)			

Gesundheitszustand	ja	nein	ergänzende Angaben
Infektionskrankheiten			
Hepatitis (Gelbsucht)			
AIDS/HIV-positiv			
Tuberkulose			
Rheumatische Erkrankungen			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Tumorerkrankungen			
sonstige Erkrankungen			

Weitere Fragen	ja	nein	ergänzende Angaben
Nehmen Sie Medikamente ?			
Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar, Plavix, Pradaxa)?			
Frühere Operationen (Welche?)			
Besteht eine Schwangerschaft (Schwangerschaftswoche)?			
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?			
Name und Anschrift des Arztes:			
Rauchen Sie? (wie viele Zigaretten pro Tag?)			
Haben Sie künstliche Gelenke?			
Sind Sie im Kopf-Hals-Bereich bestrahlt worden?			

Spezielle Anamnese	ja	nein	ergänzende Angaben
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?			
Leiden Sie unter Zahnfleischrückgang?			
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne zufrieden?			
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?			
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?			

Wünschen Sie eine spezielle Beratung über:	ja	nein	ergänzende Angaben
Bleaching (Aufhellen der Zähne)?			
Mundgeruchsbeseitigung?			
Zahnimplantate?			
Professionelle Zahnreinigung?			

Hiermit stimme ich zu, dass in die Krankenakte, die in der Praxis Dr. Pfeifer-Jungk geführt wurde, Einsicht genommen wird (so kann beispielsweise das Anfertigen weiterer Röntgenbilder vermieden werden).

ja

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Außerdem bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!

Möchten Sie an unserem kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen, so dass wir Sie halbjährlich an die Vorsorgeuntersuchungen erinnern?

ja per E-Mail per Post

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter