

ANMELDEFORMULAR

Das Praxisteam von Frau Dr. med. dent. Kristiane van Keuck heißt Sie herzlich willkommen!

Patient

Name

Vorname

geb. am

Mitglied

Name

Vorname

geb. am

Anschrift

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Versichert bei

Beruf / Arbeitgeber

Telefon privat

Telefon beruflich

Ich möchte an den nächsten
Kontroll- /Prophylaxetermin
regelmäßig erinnert werden:

- per Post
- per E-Mail
- per Telefon
- Nein, Danke

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren
und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie um
Beantwortung der folgenden Fragen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im
Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

Waren Sie in den letzten Jahren
in ärztlicher Behandlung oder im
Krankenhaus?

Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein?
Wenn ja, welche:

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente
empfindlich/allergisch?
Wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, im Monat

Leiden Sie an:

- Herz-/Kreislaufkrankungen
 - Ohnmachtsneigung
 - Blutgerinnungsstörung/-erkrankungen
 - Leberkrankheiten
 - Asthma
 - Schilddrüsenerkrankungen
 - Rheuma
 - Diabetes (Zucker)
 - Glaukom (erhöhter Augendruck)
 - HIV (Aids)
 - Infektionskrankheiten,
wie Hepatitis (Gelbsucht), Tbc, o.a.
 - Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Allergien
- wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Hilden, den

Unterschrift