

Aufnahmebogen

Patient

Name Vorname geb.am geb. in

Mitglied (Hauptversicherter)

Name Vorname geb. am

Ihre Anschrift:.....

Straße Haus-Nr. PLZ Ort

Telefon: Privat.....Mobil:.....Dienstl.....

Arbeitgeber:.....

Krankenversicherung:.....

Ihr Hausarzt/Kinderarzt:in

Wurden bei Ihnen folgende Erkrankungen festgestellt ? Kreuzen Sie bitte ja oder nein an.

-Allergien ja nein
wogegen ?

-Hautausschlag nach Antibiotika-Einnahme ja nein

Medikamenten-Unverträglichkeit ja nein

Wogegen :

-zu hoher Blutdruck ja nein

-angeborener Herzfehler ja nein

-Lungenerkrankungen ja nein

-Diabetes (Zucker) ja nein

-Schilddrüsenerkrankung ja nein

-Osteoporose ja nein

-Nierenerkrankungen, z.B. Nieren-
Insuffizienz ja nein

-Lebererkrankungen (Hepatitis) ja nein

-Suchterkrankungen ja nein

-Epilepsie ja nein

-Depressionen ja nein

-grüner Star ja nein

-ansteckende Krankheiten ja nein

(Hepatitis =Gelbsucht, HIV/Aids, Tuberkulose)

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt geröntgt ?

ja nein

Bitte beachten Sie: Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Spritzen bis zu 12 Stunden eingeschränkt sein.

Bitte beachten Sie: Termine sind verbindlich und bitte einzuhalten oder spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, den entstandenen Zeitausfall in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht für nachweislich schuldlos unterbliebene Absage.

Datum:

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:

.....

