

# ANMELDUNG

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name/Versicherter \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beruf/Versicherter \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben: (Bitte ankreuzen)

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?  |                          |                          |
| a) Asthma (schwere Atemnot)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeiten von<br>Medikamenten wenn ja welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Herz- und Kreislaufbeschwerden (Bluthochdruck usw.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Blutkrankheit, Blutungsneigung, Marcumar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Gelbsucht, Leberkrankheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Zuckerkrankheit (Diabetes)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Infektionskrankheiten (z.B. AIDS)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten?<br>Wenn ja welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wünschen Sie eine Amalgam Füllung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur Vorsorge-Untersuchung?<br>halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 6. Besteht eine Zusatzversicherung für Zahnersatz, wenn ja wo?<br>_____   |                          |                          |
| 7. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss <input type="checkbox"/> _____ Monat                   |                          |                          |

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu Abrechnungszwecken (z.B. an eine Abrechnungsgesellschaft) weiter geleitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift