

Dr. med. dent. Jürgen Beck
Zahnarzt-Oralchirurgie

Luitpoldstraße 5 - 83022 Rosenheim
Telefon: 0 80 31 - 38 25 25 - Telefax: 0 80 31 - 38 25 26



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum/ -ort: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: _____ ja / nein
Zahnarzt? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Hausarzt? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

1. Allergien

ja / nein

falls ja welche: _____

2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Herzinfarkt ja / nein
- Herzoperationen / Herzfehler ja / nein
- Herzklappenerkrankung ja / nein
- Herzrhythmusstörungen ja / nein
- Herzschrittmacher ja / nein
- Herzschwäche ja / nein
- erhöhter Blutdruck ja / nein
- niedriger Blutdruck ja / nein
- Ohnmachtsneigung ja / nein
- Durchblutungsstörung ja / nein
- Schlaganfall ja / nein

3. Infektionskrankheiten

- Hepatitis ja / nein
- Tuberkulose / TBC ja / nein
- Aids / HIV ja / nein
- Herpes ja / nein
- Sonstige ja / nein

4. Medikamentenunverträglichkeiten

ja / nein

falls ja welche: _____

5. Asthma / Atemnot

ja / nein

6. Blutgerinnungsstörung

ja / nein

7. Zuckerkrankheit / Diabetes

ja / nein

8. Nierenerkrankung

ja / nein

9. Lebererkrankung

ja / nein

10. Magen- Darm-Erkrankung

ja / nein

11. Anfallsleiden / Epilepsie

ja / nein

12. Osteoporose

ja / nein

13. Tumorerkrankung / Krebs

ja / nein

14. Sonstige Erkrankungen

ja / nein

15. Nehmen Sie Medikamente?

ja / nein

Welche? _____

16. Sind Sie Schwanger?

ja / nein

Woche? _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

NACH EINER ÖRTLICHEN BETÄUBUNG (SPRITZE) SIND SIE VERKEHRSUNTÜCHTIG UND DÜRFEN SELBST KEIN FAHRZEUG LENKEN!!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Rosenheim, _____

Unterschrift Patient